

## RESUMEN DE DESEMBOLSO MÁXIMO Y COSTOS COMPARTIDOS

BENEFICIOS Pocket DE TRIPLE-S	PLATA			ORO		
	PCP	Con Consulta PCP/ Redes Preferidas	Red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud	PCP	Con Consulta PCP/ Redes Preferidas	Red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud
Periodo de Espera (fuera del Periodo Anual de Suscripción)	30 días servicios preventivos • 90 días otros servicios • No aplica para servicios de emergencia					
Red de Laboratorios Clínicos, Radiología e Imágenes	Selective	Selective	Selective	Selective	Selective	Selective
Deducible Anual de Farmacia (individual/familiar) para medicamentos recetados		\$20			\$50	
Deducible Anual de para servicios Médicos (no aplica a servicios preventivos)		\$50			\$25	
Máximo de Desembolso Anual (Combinado)		\$6,350-\$12,700			\$6,350-\$12,700	
Visitas a Generalistas o Medicos de Cabecera (PCP) (Generalista, Médicos de familia, Pediatras, Internistas y Ginecólogos. Oncólogos conforme la ley 79-2020.)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A
Especialistas (Optómetra, podiatra y audiólogo)	N/A	\$0	\$18	N/A	\$0	\$12
Subespecialista	N/A	\$0	\$22	N/A	\$0	\$18
Nutricionista	N/A	\$0 sin límite	\$0 sin límite	N/A	\$0 sin límite	\$0 sin límite
Servicios médicos en el hogar por médicos	\$10	N/A	N/A	\$10	N/A	N/A
Laboratorios	N/A	35%	N/A	N/A	35%	N/A
Rayos-X	N/A	\$0 SALUS/40%	N/A	N/A	35%	N/A
Pruebas diagnósticas, especializadas e imágenes	N/A	40%	N/A	N/A	35%	N/A
Pruebas diagnósticas	N/A	25%	50%	N/A	25%	50%
Pruebas cardiovasculares invasivas y litotricia	N/A	25%	50%	N/A	25%	50%
Sala de Emergencia						
Recomendado por Teleconsulta		El referido de TeleConsulta no tendrá un copago menor			El referido de TeleConsulta no tendrá un copago menor	
Accidente / Enfermedad	N/A	\$40/\$100	\$40/\$100		\$25/\$80	\$25/\$80
Facilidad de Cuidado Urgente	N/A	\$15	\$15	N/A	\$15	\$15
Terapias respiratorias	N/A	\$0	50%	N/A	\$0	50%
Terapias físicas	N/A	\$10	\$18	N/A	\$10	\$18
Visitas a quiroprácticos	N/A	\$10	50%	N/A	\$10	50%
Manipulaciones a quiroprácticos	N/A	\$10	\$18	N/A	\$10	\$18
Prueba de Refracción	N/A	\$0	\$0	N/A	\$0	\$0
Facilidad ambulatoria	N/A	55%	55%	N/A	\$50	50%
Cirugías Ambulatorias	\$50	40%	40%	\$50	\$50	30%
Facilidad de Enfermería Diestra	N/A	\$100	50%	N/A	\$100	50%
Cuidados de Salud en el Hogar	N/A	20%	50%	N/A	20%	50%
Admisión a Hospital	N/A	\$250	\$700	N/A	\$100	\$400
Cirugías en hospital	N/A	\$50	\$50	N/A	\$50	\$50
Cirugía bariátrica	N/A	50% 1 por vida 12 meses periodo de espera	50% 1 por vida 12 meses periodo de espera	N/A	40%, 1 por vida. 12 meses periodo de espera	
Asistente quirúrgico	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Equipo Médico Duradero	N/A	50%	50%	N/A	50%	50%
Servicios de Ventilador Mecánico y enfermería especializada con conocimiento en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimiento en enfermería, insumos involucrados en el manejo de equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional.	N/A	50%	50%	N/A	50%	50%
Salud Mental / Abuso de Sustancias						
Hospitalización Parcial	N/A	\$50	\$100	N/A	\$50	\$100

## RESUMEN DE DESEMBOLSO MÁXIMO Y COSTOS COMPARTIDOS

BENEFICIOS Pocket DE TRIPLE-S	PLATA			ORO		
	PCP	Con Consulta PCP/ Redes Preferidas	Red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud	PCP	Con Consulta PCP/ Redes Preferidas	Red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud
Tratamiento Residencial	N/A	\$100	50%	N/A	\$100	50%
Visitas psiquiátricas	N/A	\$0	\$18	N/A	\$0	\$12
Visitas psicológicas	N/A	\$0	\$18	N/A	\$0	\$12
Visitas Colaterales	N/A	\$0	\$18	N/A	\$0	\$12
Evaluaciones y pruebas psicológicas	N/A	\$0	\$20	N/A	\$0	\$20
Terapia de grupo	N/A	\$0	\$18	N/A	\$0	\$12
Servicios en EU (para servicios de emergencia o no disponibles en PR)	N/A	60%	60%	N/A	50%	50%
Servicios en EU (Salas de Urgencia en el estado de Florida en las Clínicas de Urgencia Sanitas)	N/A	\$50		N/A	\$50	
Quimioterapia, Radioterapia y cobalto (admitido en hospital o ambulatorio)	N/A	10%	10%	N/A	10%	10%
Medicamentos inyectables en oficina	Excluido (excepto tratamientos de cáncer)			Excluido (excepto tratamientos de cáncer)		
Diálisis admitido en hospital y ambulatorio		20%	50%		20%	50%
Visión	\$0 para espejuelos pediátricos*, \$75 espejuelos para adultos			\$0 para espejuelos pediátricos*, \$75 espejuelos para adultos		
Dental	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Triple-S Natural (Terapias Alternativas)	N/A	\$15	\$15	N/A	\$15	\$15
TeleConsulta MD (Telemedicina)	\$0 Sin límite	\$0 Sin límite	\$0 Sin límite	\$0 Sin límite	\$0 Sin límite	\$0 Sin límite
Synagis	N/A	30%	50%	N/A	30%	50%
Perfil biofísico	N/A	30%	50%	N/A	30%	50%
Formulario de Medicamentos	Select 2024			Select 2024		
Red de Farmacia	Better Value			Better Value		
Quimioterapia Oral	10%			10%		
Primer nivel de cubierta - aplica nivel de coaseguro	\$600 per persona			\$700 por persona		
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$10 (\$0 Triple-S en casa)			\$5 (\$0 Triple-S en casa)		
Nivel 2 (marca preferida)	60% min \$20			40% min \$20		
Nivel 3 (marca no preferida)	60% min \$25			50% min \$30		
Nivel 4 (especializados preferidos)	80%			75%		
Nivel 5 (especializados no preferidos) y medicamentos por proceso de excepción	80%			75%		
Coaseguro luego del primer nivel de cubierta	90%			95%		
Contigo Mamá - programa para embarazadas. Ofrece apoyo a domicilio para el posparto 12 o 16 hrs (4 hrs por día).	N/A	Cubierto			Cubierto	
Programa de Bienestar	N/A	Cubierto			Cubierto	
Dental Opcional		DI-05 / Opcional 2024			DI-05 / Opcional 2024	
Seguro de Asistencia al Viajero (\$10,000)	Cubierto			Cubierto		
Natural Fit - gimnasio, entrenador personal, yoga, acupuntura, masajes terapéuticos o reflexología	\$20 mensuales a través de reembolso al completar HRA y visita preventiva anual			\$20 mensuales a través de reembolso al completar HRA y visita preventiva anual		

\*Dentro de la colección contratada