

RESUMEN DE DESEMBOLSO MÁXIMO Y COSTOS COMPARTIDOS

BENEFICIOS TRIPLE-S DIRECTO	BRONCE	PLATA	ORO
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
Deducible Anual de Farmacia (individual/familiar) para medicamentos recetados	N/A	\$20	\$25
Deducible Anual para servicios Médicos (no aplica a servicios preventivos)	\$75 por asegurado/ \$150 familiar	N/A	N/A
Máximo de Desembolso Anual (Combinado)	\$6,350 ind. / \$12,700 fam.	\$6,350 ind. / \$12,700 fam.	\$6,350 ind. / \$12,700 fam.
Visitas a Generalistas o Médicos de Cabecera (PCP) (Generalista, Médicos de familia, Pediatras, Internistas y Ginecólogos. Oncólogos conforme la ley 79-2020.)	\$0 PPN/\$10	\$0 PPN/\$5	\$0 PPN/\$5
Especialistas (Optómetra, podiatra y audiólogo)	\$0 SALUS/\$20	\$0 SALUS/\$15	\$0 SALUS/\$12
Subespecialista	\$0 SALUS/\$25	\$0 SALUS/\$20	\$0 SALUS/\$18
Nutricionista	\$0 sin límite	\$0 SALUS/\$5 sin límite	\$0 SALUS/\$5 sin límite
Servicios médicos en el hogar por médicos	\$15	\$15	\$15
Laboratorios	50%	35%	30%
Rayos X	\$0 SALUS/60%	\$0 SALUS/40%	\$0 SALUS/30%
Pruebas diagnósticas, especializadas e imágenes	75%	40%	40%
Pruebas cardiovasculares invasivas y litotricia	60%	40%	35%
Sala de Emergencia			
Recomendado por TeleConsulta	El referido de TeleConsulta no tendrá un copago menor	El referido de TeleConsulta no tendrá un copago menor	El referido de TeleConsulta no tendrá un copago menor
Accidente / Enfermedad	\$50/\$100	\$50/\$100	\$40/\$100
Facilidad de Cuidado Urgente	\$15	\$15	\$15
Terapias respiratorias	40% por terapia	\$10	\$10
Terapias físicas	60% por terapia	\$15	\$15
Visitas a quiroprácticos	\$15	\$15	\$15
Manipulaciones a quiroprácticos	60% por terapia	\$15	\$15
Prueba de refracción	\$0	\$0	\$0
Facilidad ambulatoria	60%	\$200	\$100
Cirugías ambulatorias	60%	45%	35%
Facilidad de Enfermería Diestra	60%	\$200	\$150
Cuidados de Salud en el Hogar	60%	40%	30%
Admisión a hospital	\$300/\$900	\$200/\$700	\$150/\$600
Cirugías en hospital	40%	\$0	\$0
Cirugía bariátrica	60%, 1 por vida. 12 meses periodo de espera	50%, 1 por vida. 12 meses periodo de espera	40%, 1 por vida. 12 meses periodo de espera
Asistente quirúrgico	60%	50%	50%
Equipo Médico Duradero	75%	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.	40%	30%	25%
Salud Mental / Abuso de Sustancias			
Hospitalización Parcial	20%/40%	\$50 PPN /\$100	\$50 PPN /\$100
Tratamiento Residencial	60%	\$200	\$150
Visitas psiquiátricas	\$20	\$15	\$12
Visitas psicológicas	\$0 SALUS/\$20	\$0 SALUS/\$15	\$0 SALUS/\$12
Visitas Colaterales	\$20	\$15	\$12

BENEFICIOS	BRONCE	PLATA	ORO
Evaluaciones y pruebas psicológicas	\$10	\$10	\$10
Terapia de grupo	\$20	\$15	\$12
Servicios en EU (para servicios de emergencia o no disponibles en PR.)	65%	50%	50%
Servicios en EU (Salas de Urgencia en el estado de Florida en las Clínicas de Urgencia Sanitas)	\$50	\$50	\$50
Quimioterapia, Radioterapia y cobalto (admitido en hospital o ambulatorio)	40%	20%	30%
Medicamentos inyectables en oficina	Excluidos (excepto tratamientos de cáncer)	Excluidos (excepto tratamientos de cáncer)	Excluidos (excepto tratamientos de cáncer)
Diálisis admitido en hospital y ambulatorio	40%	25%	30%
Visión	\$0 espejuelos pediátricos*; \$75 espejuelos para adultos	\$0 espejuelos pediátricos*; \$75 espejuelos para adultos	\$0 espejuelos pediátricos*; \$75 espejuelos para adultos
Dental	\$0	\$0	\$0
Triple-S Natural (Terapias Alternativas)	\$15	\$15	\$15
TeleConsulta MD (Telemedicina)	\$0	\$0	\$0
Synagis	40%	30%	30%
Perfil biofísico	60%	50%	50%
Formulario de Medicamentos	Select 2024	Select 2024	Select 2024
Red de Farmacia	Better Value	Better Value	Better Value
Quimioterapia Oral	40%	20%	30%
Primer nivel de cubierta - aplica nivel de coaseguro	Sin límite	Sin límite	\$900 por persona
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$10	\$10	10% min \$7
Nivel 2 (marca preferida)	95%	95%	30% min \$20
Nivel 3 (marca no preferida)	95%	95%	30% min \$30
Nivel 4 (especializados preferidos)	95%	95%	75%
Nivel 5 (especializados no preferidos) y medicamentos por proceso de excepción	95%	95%	75%
Coaseguro luego del primer nivel de cubierta	N/A	N/A	90%
Dental Opcional	DI-05 / Opcional 2024	DI-05 / Opcional 2024	DI-05 / Opcional 2024
Programa de Bienestar	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Contigo Mamá - programa para embarazadas. Ofrece apoyo a domicilio para el posparto 12 o 16 hrs (4 hrs por día).	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Seguro de Asistencia al Viajero (\$10,000)	Cubierto	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	No cubierto	No cubierto

*Dentro de la colección contratada.