

PLANES METALES INDIVIDUALES 2027

BENEFICIOS	TRIPLE-S DIRECTO BRONCE	TRIPLE-S DIRECTO PLATA	Pocket DE TRIPLE-S PLATA	Pocket DE TRIPLE-S ORO	UNO DE TRIPLE-S PLATA
Desembolso Máximo Anual (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)					
Individual	\$6,350	\$6,350	\$6,350	\$6,350	\$6,350
Familiar	\$12,700	\$12,700	\$12,700	\$12,700	\$12,700
Cubierta Básica					
Deducible anual - Individual	\$75	N/A	N/A	N/A	PPN: \$0 EPO: \$800 por asegurado (EPO Hospitales, EPO lab, Pruebas Especializadas, Procedimientos Dr, Unidad Ambulatoria, Quimioterapia)
Deducible anual - Familiar	\$150	N/A	N/A	N/A	
Servicios Ambulatorios					
Generalista/PCP	\$0 SALUS / \$10	\$0	\$0	\$0	PPN: \$0 EPO: \$15
Especialista	\$0 SALUS / \$25	\$0 SALUS / \$15	\$0 SALUS \$0 Pocket Network / \$10	\$0 SALUS \$0 Pocket Network / \$10	PPN: \$0 EPO: \$25
SubEspecialista	\$0 SALUS / \$30	\$0 SALUS / \$25	\$0 SALUS \$0 Pocket Network / \$25	\$0 SALUS \$0 Pocket Network / \$25	PPN: \$10 EPO: \$30
Nutricionista	\$0 SALUS / \$5	\$0 SALUS / \$5	\$0 SALUS / \$5	\$0 SALUS / \$5	PPN: \$0 EPO: \$25
Equipo Médico Duradero	75%	50%	50% Pocket Network / 50%	50% Pocket Network / 50%	60%
Servicios Preventivos					
Servicios e Inmunizaciones Preventivos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Laboratorios, Rayos X y Pruebas Especializadas					
Laboratorio	\$0 SALUS / 60%	\$0 SALUS / 35%	\$0 SALUS / 30%	\$0 SALUS / 30%	PPN: \$0 EPO: 40%
Rayos X	\$0 SALUS / 60%	\$0 SALUS / 40%	\$0 SALUS / 40%	\$0 SALUS / 30%	PPN: \$0 EPO: 40%
Sonogramas, CT, MRI	\$0 SALUS / 75%	\$0 SALUS / 45%	\$0 SALUS / 50%	\$0 SALUS / 35%	PPN: 20% EPO: 50%
Servicios de Emergencia / Urgencia					
Centro de Urgencia	\$15	\$15	\$15	\$15	\$15
Sala de Emergencia: Accidente/Enfermedad	\$50 / \$200	\$50 / \$150	\$50 / \$200	\$50 / \$200	\$50 / \$200
Hospitalización / Facilidades					
Hospitalización Parcial	\$0	\$0	\$0	\$0	PPN: \$0 EPO: 30%
Completa (incluyendo Salud Mental)	\$500	\$350	\$300	\$200	PPN: \$150 EPO: \$400
Asistencia Quirúrgica	60%	50%	N/A	N/A	N/A
Facilidad de Enfermería Especializada	60%	\$200	\$100 Pocket Network / 50%	\$100 Pocket Network / 50%	PPN: \$100 EPO: 50%
Centro de Cirugía Ambulatoria	60%	\$200	50%	45%	PPN: \$50 EPO: \$300
Servicios en Estados Unidos					
Servicios en Estados Unidos en casos de emergencia o cuando no haya un servicio en PR con pre-certificación	65%	50%	60%	50%	60%
Servicios en Estados Unidos - Sanitas	\$50	\$50	\$50	\$50	\$50
Visión					
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Visión Pediátrica (lentes de corrección visual o marcos (frames) para lentes de corrección visual)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Espejuelos o lentes de contacto para asegurados de 21 años o más	\$75 Por Reembolso	\$75 Por Reembolso	\$75 Por Reembolso	\$75 Por Reembolso	\$75 Por Reembolso
Cubierta Dental					
Diagnóstico y Preventivo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Cubierta de Farmacia					
Formulario de Medicamentos	Select 2027	Select 2027	Select 2027	Select 2027	Select 2027
Deducible anual	N/A	N/A	N/A	N/A	\$0 / \$500
Primer Nivel de Cubierta	N/A	N/A	\$1,000 por persona	\$1,600 por persona	\$1,000 por persona
Genéricos	\$10	\$10	\$10 (\$0 Triple-S en casa)	\$5 (\$0 Triple-S en casa)	Blue One Rx: \$5 Better Value: 80%
Genéricos No Preferidos	\$10	\$10	\$10 (\$0 Triple-S en casa)	\$5 (\$0 Triple-S en casa)	Blue One Rx: \$15 Better Value: 80%
Marca Preferidos	95%	90%	60% mín \$20	35% mín \$20	Blue One Rx: 60% mín. \$20 Better Value: 80%
Marca No Preferidos	95%	90%	60% mín \$25	50% mín \$30	Blue One Rx: \$60% mín \$30 Better Value: 80%
Productos Especializados Preferidos	95%	90%	80%	75%	Blue One Rx: 80% Better Value: 80%
Productos Especializados No Preferidos	95%	90%	80%	75%	Blue One Rx: 80% Better Value: 80%
Medicamentos Fuera del Recetario (Programa OTC de Triple-S Salud)	\$1	\$1	\$1	\$1	\$1
Coaseguro para todos los medicamentos luego del primer nivel de cubierta	N/A	N/A	90%	80%	90%
Otros Servicios					
TeleConsulta MD	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
MiConsulta MD	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Triple-S Natural (Medicina Alternativa)	\$15	\$15	\$15	\$15	\$15
Contigo Mamá - programa para embarazadas. Ofrece 16 horas de apoyo a domicilio para el posparto (4 horas por día)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Contigo Fit - gimnasio, entrenador personal, yoga, acupuntura, masajes terapéuticos o reflexología	\$20 mensual por reembolso	No cubierto	\$20 mensual por reembolso	\$20 mensual por reembolso	\$20 mensual por reembolso
ELEVATE: Beneficio de Coaching y Bienestar Financiero	\$0	No cubierto	\$0	No cubierto	\$0
Mi Momento: Apoyo financiero para familias que están por comenzar su proceso de planificación familiar.	\$200 por reembolso	No cubierto	\$200 por reembolso	\$200 por reembolso	\$200 por reembolso
Seguro de Primer Diagnóstico de Cáncer	\$2,000 pago único	\$2,000 pago único	\$2,000 pago único	\$2,000 pago único	\$2,000 pago único
Seguro de Asistencia al Viajero (\$10,000)	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Dental Opcional	Cubierta opcional D105	Cubierta opcional D105	Cubierta opcional D105	Cubierta opcional D105	Cubierta opcional D105