

# RESUMEN DE BENEFICIOS 2024



**El plan  
tan multitasker  
como tú**

## 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		
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



## RESUMEN DE DESEMBOLSO MÁXIMO Y COSTOS COMPARTIDOS

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 parto 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.

## 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



Roberto J. Cruz Rivera  
Representante Autorizado  
Tel. 787-455-1050

