

**Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros TS Directo 2016
Triple-S Salud Inc.**

	Cubierta Metálica
	Triple-S Directo Oro
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
-Individual	N/A
-Familiar	N/A
Deducible Anual para Medicamentos Recetados	
Medicamentos Genéricos y Marca, Preferidos y No Preferidos y Productos Especializados	
-Individual	\$100 Individual
-Familiar	N/A
Cantidad Máxima de Desembolso (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados	
-Individual	\$6,350 combinado
-Familiar	\$12,700 combinado
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
-Accidente	\$75; \$35 a través de Teleconsulta
-Enfermedad	\$75; \$35 a través de Teleconsulta
Hospitalización	
-Parcial incluyendo Salud Mental	\$50
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$300
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$300
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	40%
-Asistencia Quirúrgica	No Cubierto
Servicios Ambulatorios	
-Generalista	\$15
-Especialista	\$20
-Sub-Especialista	\$20
-Siquiatría	\$20
-Sicólogo	\$20
-Podiatra	\$20
-Quiropráctico	\$10
-Audiólogo	\$20
-Optómetra	\$20
-Centro de Cirugía Ambulatoria	15%
-Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	15%
-Pruebas Diagnósticas Especializadas	40%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación y Equipo Médico Duradero	
-Terapia Física	\$10
-Terapia respiratoria (en la oficina del médico)	\$7
-Cuidado de Salud en el Hogar	30%
-Equipo Médico Duradero	30% hasta \$5,000 y luego 60%

-Ventilador mecánico y servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimiento de enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional.	\$0
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$10
Salud Mental	
-Terapia de Grupo	\$10
-Visitas Colaterales	\$20
Farmacia	
1er nivel de cubierta	Hasta \$700 Individual/Familiar
Medicamentos Genéricos	\$5
Medicamentos Preferidos	\$15
Medicamentos No Preferidos	\$30
Productos Especializados	Preferidos: 30% No Preferidos: 40%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	\$0
Programa de Medicamentos Por Correo	
Medicamentos Genéricos	\$10
Medicamentos Preferidos	\$30
Medicamentos No Preferidos	\$60
Coaseguro luego de alcanzar el 1er nivel de cubierta	90%
Servicios de Laboratorios y Rayos X	
-Laboratorio	35%
-Rayos X	35%
-PET Scan o PET CT (1 por año)	40%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios preventivos cubiertos por ley local o federal, incluyendo visita anual preventiva	\$0
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0
-Inmunización (Vacuna) para el virus sincitial respiratorio (Synagis; palivizumab)	30%
Densitometría ósea, mamografías, mamografías digitales o sonomamografías según requerido por ley federal	\$0
Cernimiento de autismo para niños	\$0
Servicios de Visión Pediátrica	
Visión Pediátrica - lentes de corrección visual o marcos (frames) para lentes de corrección visual, incluyendo espejuelos de gran potencia o lupas para asegurados con pérdida significativa de visión	\$0; un (1) par por año póliza, dentro de la colección contratada
Otros Servicios Cubiertos	
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	\$0
Cubierta Ampliada en EE.UU.	50%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	\$0
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	
Nutricionista	\$0
Cubierta Dental	
-Diagnóstico y Preventivo	\$0