BENEFICIOS	BRONCE	PLATA 1	PLATA 2	ORO
Desembolso Máximo Anual para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)				
Individual	$6,350	$6,350	$6,350	$6,350
Familiar	$12,700	$12,700	$12,700	$12,700
Servicios Ambulatorios				
Generalista	$0 SALUS/$10	$0 SALUS/$15	$0 SALUS/$5	$0 SALUS/$5
Especialista	$0 SALUS/$20	$0 SALUS/$20	$0 SALUS/$15	$0 SALUS/$10
Subespecialista	$0 SALUS/$20	$0 SALUS/$20	$0 SALUS/$15	$0 SALUS/$15
Nutricionista	$0 SALUS/$5	$0 SALUS/$5	$0 SALUS/$5	$0 SALUS/$5
Quiropráctico	$15	$15	$15	$15
Facilidad Ambulatoria	60%	50%	$200	$150
Equipo Médico Duradero (DME)	60%	50%	50%	40%
Servicios Preventivos				
Servicios Preventivos	$0	$0	$0	$0
Laboratorios, Rayos X y Pruebas Especializadas				
Laboratorios	40%	45%	35%	30%
Rayos X	$0 SALUS/60%	$0 SALUS/45%	$0 SALUS/40%	$0 SALUS/30%
Sonogramas, CT, MRI	60%	50%	40%	35%
Servicios de Emergencia y Urgencia				
Servicios de Urgencias	$15	$15	$15	$15
Servicios de Emergencias: Accidente/Enfermedad	45%	$100	$50	$75
Recomendado por TeleConsulta	45%	$50	$25	$50
Hospitalización				
Parcial (incluyendo Salud Mental)	20%/40%	$50/$100	$50/$100	$50/$100
Completa (incluyendo Salud Mental)	$300/$900	$300/$650	$150/$500	$150/$500
Facilidad de Enfermería especializada	60%	50%	$200	$150
Asistencia Quirúrgica				
Asistencia Quirúrgica	60%	50%	50%	50%
Servicios en Estados Unidos				
Servicios en Estados Unidos en casos de emergencias o cuando no haya un servicio en PR con precertificación	65%	50%	50%	50%
Visión				
Examen de Refracción (Visión de Adultos y Niños)	$0	$0	$0	$0
Visión Pediátrica (lentes de correción visual o marco para lentes de correción visual)	$0 para espejuelos pediátricos	$0 para espejuelos pediátricos	$0 para espejuelos pediátricos	$0 para espejuelos pediátricos
Espejuelos o Lentes de Contacto para Adultos	Hasta un máximo de $50	Hasta un máximo de $50	Hasta un máximo de $50	Hasta un máximo de $50
Cubierta Dental				
Diagnóstico y Preventivo	$0	$0	$0	$0
Cubierta de Farmacia				
Lista de Medicamentos	Supreme 2021	Supreme 2021	Supreme 2021	Supreme 2021
Deducible anual	N/A	$100 por persona	N/A	$50 por persona
Primer Nivel de Cubierta	N/A	$500 por persona	N/A	$700 por persona
Genéricos	$5	$5	$5	$5
Marca Preferidos	95%	40%	95%	25%
Marca No Preferidos	95%	40%	95%	25%
Productos Especializados Preferidos	95%	50%	95%	40%
Productos Especializados No Preferidos	95%	50%	95%	50%
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	$0 (Programa OTC TS)	$0 (Programa OTC TS)	$0 (Programa OTC TS)	$0 (Programa OTC TS)
Coaseguro para todos los medicamentos luego del primer nivel de cubierta	N/A	90%	N/A	90%
Otros Servicios				
TeleConsulta MD	$10	$10	$10	$10
Triple-S Natural (Medicina Alternativa)	$15	$15	$15	$15

Más de 13,000 proveedores de salud alrededor de la isla.