

BENEFICIOS	RED PCP POCKET	CON CONSULTA PCP/ REDES PREFERIDAS	SIN CONSULTAS EN RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES DE TRIPLE-S SALUD
Desembolso Máximo Anual para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)			
Individual		\$6,350	
Familiar		\$12,700	
Servicios Ambulatorios			
Médico de Cabecera / PCP	\$0	N/A	N/A
Especialista	N/A	\$0	\$20
Subespecialista	N/A	\$0	\$25
Nutricionista	N/A	\$0	\$20
Quiropráctico	N/A	\$10	50%
Centro de Cirugía Ambulatoria	N/A	\$50	50%
Equipo Médico Duradero (DME)	N/A	50%	50%
Servicios Preventivos	\$0	\$0	\$0
Laboratorios, Rayos X y Pruebas Especializadas			
Laboratorio	N/A	35%	N/A
Rayos X	N/A	35%	N/A
Sonogramas, PET, CT, MRI	N/A	35%	N/A
Servicios de Emergencia/ Urgencia			
Centro de Urgencia	N/A	\$15	\$15
Recomendado por Teleconsulta	N/A	\$75	\$75
Sala de Emergencia: Accidente/Enfermedad	N/A	\$100	\$100
Hospitalización			
Parcial (incluyendo Salud Mental)	N/A	\$50	\$100
Completa (incluyendo Salud Mental)	N/A	\$50	\$300
Facilidad de Enfermería Diestra (SNF)	N/A	\$100	50%
Asistencia Quirúrgica	N/A	No Cubierto	No Cubierto
Servicios en Estados Unidos			
Emergencias o servicios no disponibles en PR con precertificación	N/A	60%	60%
Urgencias en Estados Unidos - Sanitas	N/A	\$50	\$50
Visión			
Examen de Refracción (Adultos y Niños)	N/A	\$0	\$0
Visión Pediátrica (Espejuelos y aparatos de ayuda visual)	N/A	\$0	\$0
Espejuelos o Lentes de Contacto para Adultos	N/A	Beneficio máximo de \$75	Beneficio máximo de \$75
Cubierta Dental			
Diagnóstico y Preventivo	\$0	\$0	\$0
Cubierta de Farmacia			
Lista de Medicamentos		Supreme 2023	
Deducible Anual		\$50 por persona	
Primer Nivel de Cubierta		\$500 por persona	
Medicamentos Genéricos		\$5	
Medicamentos de Marca Preferidos		40%	
Medicamentos de Marca No Preferidos		50%	
Productos Especializados Preferidos		60%	
Productos Especializados No Preferidos		60%	
Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)		\$0 (Programa OTC TS)	
Coaseguro luego del primer nivel de cubierta		95%	
Otros Servicios			
TeleConsulta MD	\$0	\$0	\$0
Triple-S Natural (Medicina Alternativa)	N/A	\$15	\$15
Contigo Mamá - Asistencia en el hogar		Cubierto	
Asistencia al Viajero		Cubierto	