

Empleado Gubernamental

¡Triple-S Salud te ofrece alternativas para continuar cuidando de ti y de tus seres queridos!



SERVICIOS	Plan de Libre Selección - Bronce	Plan de Libre Selección - Plata	Plan de Libre Selección - Rubí	Plan de Cuidado Coordinado - Diamante ¹
Cubierta Básica				
Desembolso máximo	\$6,350 Individual / \$12,700 Familia ² por los servicios médico-hospitalarios prestados por proveedores dentro de la red, incluyendo servicios dentales esenciales y medicamentos.	\$6,350 Individual / \$12,700 Familia ² por los servicios médico-hospitalarios prestados por proveedores dentro de la red, incluyendo servicios dentales esenciales y medicamentos.	\$6,350 Individual / \$12,700 Familia ² por los servicios médico-hospitalarios prestados por proveedores dentro de la red, incluyendo servicios dentales esenciales y medicamentos.	\$6,350 Individual / \$12,700 Familia ² por los servicios médico-hospitalarios prestados por proveedores dentro de la red, incluyendo servicios dentales esenciales y medicamentos.
Admisión hospitalaria 365 días	\$150.00	\$100.00	\$100 - Red Preferida \$200 - Fuera de la Red Preferida	\$50 - Nivel 1 \$150 - Niveles 2 y 3
Visitas médicas	\$10.00 para generalistas	\$10.00 para generalistas	\$10.00 para visitas médicas a generalistas, médicos de familia, internistas y pediatras	\$0.00 para visitas a generalistas, médicos de familia, internistas, ginecólogos y pediatras en los Grupos Médicos.
Visitas al especialista	\$18.00	\$15.00	\$20.00	\$10.00
Visitas al subespecialista	\$18.00	\$15.00	\$20.00	\$15.00
Laboratorios y rayos X	35%	30%	25%	20% (Red Preferida) 30% (Red No Preferida) Necesita referido.
Sonogramas	50%. 35% para los sonogramas obstétricos	40%. 30% para los sonogramas obstétricos	40% Uno por región anatómica, por año. Obstétricos hasta tres por año.	30% de coaseguro (Red Preferida) 40% de coaseguro (Red No Preferida) Necesita referido.
Radioterapia, cobalto, quimioterapia, radioisótopos y braquiterapia	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	10%	Cubierto al 100%
Espeuelos	Una montura de la colección <i>Preferred</i> y un par de lentes a través de Ivision International, con un valor de hasta \$150.00, sin necesidad de reembolso . Diferentes copagos aplican de acuerdo a selección.			
Tomografía computadorizada	50%	40%	40% Dos pruebas por año.	30% (Red Preferida) 40% (Red No Preferida) Necesita referido médico dentro y fuera de la red.
Resonancia Magnética	50% Una prueba por año.	40% Una prueba por año.	40% Una prueba por año.	30% (Red Preferida) 40% (Red No Preferida) Una prueba por año y necesita referido médico dentro y fuera de la red.
Positron Emission Tomography (PET)	50% de coaseguro. Una prueba por año. Necesita precertificación.	40% Una prueba por año. Requiere precertificación.	40% Una prueba por año. Requiere precertificación.	30% (Red Preferida) 40% (Red No Preferida) Una prueba por año. Necesita precertificación.
Terapia respiratoria	\$7.00	\$7.00	\$7.00 Hasta 20 sesiones por año.	\$7.00
Terapia física	\$7.00 Hasta 20 sesiones por año combinadas con manipulaciones de quiroprácticos.	\$7.00 Hasta 20 sesiones por año combinadas con manipulaciones de quiroprácticos.	\$10.00 Hasta 30 sesiones por año combinadas con terapia del habla y ocupacional.	\$7.00 de copago. Hasta 20 sesiones por año combinadas con manipulaciones de quiroprácticos
Facilidades de cirugía ambulatoria	\$150.00	\$100.00	\$100.00	\$50 - (Red Preferida) \$150 - (Red No Preferida)
Sala de emergencia (accidente o enfermedad)	\$0.00 para accidente \$75.00 para enfermedad. No aplica copago si es recomendado a través de Teleconsulta.	\$0.00 para accidente \$50.00 para enfermedad. No aplica copago si es recomendado a través de Teleconsulta.	\$75.00 para accidente o enfermedad. \$25.00 si es recomendado a través de Teleconsulta.	\$0.00 para accidente \$40.00 para enfermedad. No aplica copago si es recomendado a través de Teleconsulta.
Trasplante de Órganos	Cubierto a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores	Cubierto a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores	Hasta \$1 millón por año. Cubierto al 100% los primeros \$500,000 y posterior 20%. Requiere precertificación	Cubierto a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores
Servicios Preventivos según requeridos por la Ley Federal	\$0	\$0	\$0	\$0
Gastos Médicos Mayores				
Deducible Inicial	\$200.00 individual / \$400.00 familiar	\$100.00 individual / \$300.00 familiar	No Cubierto	\$100.00 individual / \$300.00 familiar

¹ Necesita referido del médico de cabecera o médico personal para algunos servicios.

² Esta es la cantidad máxima que pagará durante el año póliza por concepto de deducibles, copagos y coaseguros al recibir servicios médicos-hospitalarios y medicamentos por la cubierta de farmacia cubiertos bajo la póliza cuando visita a los proveedores dentro de la red. Una vez alcance esta cantidad, no tendrá que hacer desembolsos adicionales por el resto del año póliza para sus servicios médicos-hospitalarios.

SERVICIOS	Plan de Libre Selección - Bronce	Plan de Libre Selección - Plata	Plan de Libre Selección - Rubí	Plan de Cuidado Coordinado - Diamante
Coaseguro	20%	20%	No Cubierto	20%
Equipo Médico Duradero	20% coaseguro hasta \$10,000 por año, luego aplica un coaseguro de 40%. Necesita precertificación.	20% coaseguro hasta \$10,000 por año póliza, luego aplica un coaseguro de 40%. Necesita pre-certificación.	Cubierto a través de la cubierta básica- 25% coaseguro hasta un máximo de \$3,000 por año póliza. Una vez acumule hasta la cantidad inicial, aplicará un 50% de coaseguro. Necesita pre-certificación.	20% coaseguro hasta \$10,000 por año póliza, luego aplica un coaseguro de 40%. Necesita pre-certificación.
Prótesis e implantes	20% coaseguro hasta un máximo de \$10,000 por año, luego aplica 40%. Necesita precertificación.	20% coaseguro hasta un máximo de \$10,000 por año, luego aplica 40%. Necesita precertificación.	Cubierto a través de la cubierta básica- 20% coaseguro hasta un máximo de \$5,000 por año póliza. Luego aplica 50% de coaseguro. Requiere precertificación.	20% coaseguro hasta un máximo de \$10,000 por año, luego aplica 40%. Necesita precertificación.
Aparatos ortopédicos y ortóticos	20% de coaseguro hasta \$5,000 por año póliza, luego aplica un coaseguro de 40%. Requiere pre-certificación.	20% de coaseguro hasta \$5,000 por año póliza, luego aplica un coaseguro de 40%. Requiere pre-certificación.	No Cubierto	20% de coaseguro hasta \$5,000 por año póliza, luego aplica un coaseguro de 40%. Requiere pre-certificación.
Trasplante de Órganos	20% coaseguro, hasta \$1,000,000 por año, por asegurado. Necesita precertificación.	20% coaseguro, hasta \$1,000,000 por año, por asegurado. Necesita precertificación.	Cubierto a través de la cubierta básica	20% coaseguro, hasta \$1,000,000 por año, por asegurado. Necesita precertificación.
Cubierta de Farmacia				
Primer nivel de cubierta	Hasta \$1,200, luego de esta cantidad aplica un 40% de coaseguro, excepto los anticonceptivos aprobados por la FDA, según requeridos por la Ley Federal.	Hasta \$1,750, luego de esta cantidad aplica un 40% de coaseguro, excepto los anticonceptivos aprobados por la FDA, según requeridos por la Ley Federal.	Hasta \$2,000, luego de esta cantidad aplica un 40% de coaseguro, excepto los anticonceptivos aprobados por la FDA, según requeridos por la Ley Federal.	Hasta \$2,000, luego de esta cantidad aplica un 40% de coaseguro, excepto los anticonceptivos aprobados por la FDA, según requeridos por la Ley Federal.
Genérico como primera opción	Requerido	Requerido	Requerido	Requerido
Copagos o Coaseguros	\$0 en anticonceptivos aprobados por la FDA, con receta del médico Nivel 1 – Medicamentos genéricos: \$10.00 Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos: 20% de coaseguro, hasta un mínimo de \$20.00 Nivel 3 – Medicamentos de marca no preferidos: 30% de coaseguro, hasta un mínimo de \$30.00 Nivel 4 – Productos especializados: 30% hasta un máximo de \$200.00 Cubierta con Lista de Medicamentos y Programa de Terapia Escalonada (<i>Step Therapy</i>) para algunos medicamentos	\$0 en anticonceptivos aprobados por la FDA, con receta del médico \$0 para todos los genéricos cubiertos bajo las categorías: Anti-Hipertenso, Anti-Diabético, Anti-Depresivo, Hiperlipidemia, Fallo cardiaco crónico, Anti-Convulsivo, Anti-sicótico Nivel 1 – Medicamentos genéricos: \$5.00 Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos: 15% de coaseguro, hasta un mínimo de \$15.00 Nivel 3 – Medicamentos de marca no preferidos: 25% de coaseguro, hasta un mínimo de \$25.00 Nivel 4 – Productos especializados: 30% hasta un máximo de \$200.00 Cubierta con Lista de Medicamentos y Programa de Terapia Escalonada (<i>Step Therapy</i>) para algunos medicamentos	\$0 en anticonceptivos aprobados por la FDA, con receta del médico Nivel 1 – Medicamentos genéricos: \$5.00 Nivel 2 – Medicamentos preferidos: 15% de coaseguro, hasta un mínimo de \$15.00 Nivel 3 – Medicamentos no preferidos: 30% de coaseguro, hasta un mínimo de \$30.00 Nivel 4 – Productos especializados preferidos: 30% hasta un máximo de \$200.00 Nivel 5 – Productos especializados no preferidos: 40% hasta un máximo de \$500.00 Cubierta con Lista de Medicamentos y Programa de Terapia Escalonada (<i>Step Therapy</i>) para algunos medicamentos	\$0 en anticonceptivos aprobados por la FDA, con receta del médico Nivel 1 – Medicamentos genéricos: \$5.00 Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos: 15% de coaseguro, hasta un mínimo de \$15.00 Nivel 3 – Medicamentos no preferidos: 15% de coaseguro, hasta un mínimo de \$15.00 Nivel 4 – Productos especializados: 30% de coaseguro hasta un máximo de \$200.00 Cubierta con Lista de Medicamentos y Programa de Terapia Escalonada (<i>Step Therapy</i>) para algunos medicamentos
Cubierta Dental				
Beneficio máximo	\$500 por año póliza El beneficio máximo no aplica a los servicios diagnósticos, preventivos, restaurativos, extracciones y endodoncia que reciban los asegurados menores de diecinueve (19) años.	\$1,000 por año póliza El beneficio máximo no aplica a los servicios diagnósticos, preventivos, restaurativos, extracciones y endodoncia que reciban los asegurados menores de diecinueve (19) años.	\$1,000 por año póliza El beneficio máximo no aplica a los servicios diagnósticos, preventivos, restaurativos, extracciones y endodoncia que reciban los asegurados menores de diecinueve (19) años.	\$1,000 por año póliza El beneficio máximo no aplica a los servicios diagnósticos, preventivos, restaurativos, extracciones y endodoncia que reciban los asegurados menores de diecinueve (19) años.
Limpiezas, fluoruro y radiografías	Nada	Nada	Nada	Nada
Exámenes	Nada	Nada	Nada	Nada
Restauraciones de resina en dientes posteriores	30%	30%	30%	30%
Endodoncia	30%	30%	30%	30%
Cirugía Oral	30%	30%	30%	30%
Dentadura parcial, completa y reparación	No Cubre	50%	50%	50%
Puentes y coronas ¹	No Cubre	50%	50%	50%

¹ Necesita predeterminación, una cada cinco años, sujeta al beneficio máximo. Límites, exclusiones adicionales pueden aplicar a este resumen de beneficios de los planes de Triple-S. Llame al 774-6070 para información adicional o preguntas. Nuestros representantes pueden ayudarle si tiene necesidades especiales. If you need help in other language, call us. We can help.

Este documento representa un resumen de los beneficios y las condiciones de la póliza matriz de Triple-S Salud para los empleados gubernamentales. Su propósito es de carácter informativo únicamente y su contenido está sujeto a las disposiciones de la póliza. Existen limitaciones y exclusiones generales que no se presentan en este documento.