

TRIPLE-S DIRECTO 2018

Oswaldo Carpentino
Representante Autorizado de
Triple-S Vida
www.carpentinohealthcare.com
787-273-9160



Concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association

para recibir una cotización personalizada enviar un email a osvaldo1@ocarpentinohealthcare.com
dejar el teléfono o email de contacto.

BENEFICIOS	BRONCE	PLATA 1	PLATA 2	ORO
	TS Directo Bronce 01/2018	TS Directo Plata 1 01/2018	TS Directo Plata 2 01/2018	TS Directo Oro 01/2018
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)				
Deducible Anual para Beneficios Médicos				
Individual	N/A	N/A	N/A	N/A
Familiar	N/A	N/A	N/A	N/A
Deducible Anual para Medicamentos Recetados				
Individual	N/A	\$100	N/A	\$50
Familiar	N/A	N/A	N/A	N/A
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) 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
Beneficios Esenciales de Salud				
Servicios de Emergencia/Urgencia				
Recomendado por Teleconsulta	\$100	\$50	\$25	\$50
Accidente	\$100	\$100	\$50	\$75
Enfermedad	\$100	\$100	\$50	\$75
Hospitalización				
Parcial incluyendo Salud Mental	Preferido: 20% No Preferido: 40%	Preferido: \$50 No Preferido: \$100	Preferido: \$50 No Preferido: \$100	Preferido: \$50 No Preferido: \$100
Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$500 No Preferido: \$900	Preferido: \$400 No Preferido: \$650	Preferido: \$200 No Preferido: \$450	Preferido: \$150 No Preferido: \$500
Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	Preferido: \$500 No Preferido: \$900	Preferido: \$400 No Preferido: \$650	Preferido: \$200 No Preferido: \$450	Preferido: \$150 No Preferido: \$500
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	60%	50%	\$200	\$150
Asistencia Quirúrgica	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Servicios Ambulatorios				
Generalista	\$0 SALUS/ \$10	\$0 SALUS/ \$15	\$0 SALUS/ \$5	\$0 SALUS/ \$10
Especialista	\$5 SALUS/ \$20	\$5 SALUS/ \$20	\$5 SALUS/ \$10	\$5 SALUS/ \$15
Sub-Especialista	\$5 SALUS/ \$20	\$5 SALUS/ \$20	\$5 SALUS/ \$15	\$5 SALUS/ \$20
Siquiatría	\$20	\$20	\$10	\$15
Sicólogo	\$20	\$20	\$10	\$15
Podiatría	\$5 SALUS/ \$20	\$5 SALUS/ \$20	\$5 SALUS/ \$10	\$5 SALUS/ \$15
Quiropráctico	\$15	\$15	\$15	\$15
Audiólogo	\$20	\$20	\$10	\$15
Optómetra	\$5 SALUS/ \$20	\$5 SALUS/ \$20	\$5 SALUS/ \$10	\$5 SALUS/ \$15
Facilidad Ambulatoria	60%	50%	\$200	\$150
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos en Oficina Médica	50%	50%	45%	30%
Pruebas Diagnósticas Especializadas	60%	50%	40%	40%
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero				
Terapia Física	60%	\$15	\$15	\$15
Terapia Respiratoria	60%	\$15	\$15	\$15
Cuidado de Salud en el Hogar	60%	50%	40%	30%
Equipo Médico Duradero	60%	50%	50%	40%
Manipulaciones de Quiropráctico	60%	\$15	\$15	\$15
Salud Mental				
Terapia de Grupo	\$20	\$20	\$10	\$15
Visitas Colaterales	\$20	\$20	\$10	\$15

BENEFICIOS	BRONCE	PLATA 1	PLATA 2	ORO
	TS Directo Bronce 01/2018	TS Directo Plata 1 01/2018	TS Directo Plata 2 01/2018	TS Directo Oro 01/2018
Farmacia				
Primer Nivel de Cubierta	N/A	\$500 Individual o familiar	\$600 Individual o familiar	\$700 Individual o Familiar
Genéricos Preferidos	\$10	\$5	\$5	\$5
Genéricos No Preferidos	95%	40%	90%	20%
Marca Preferidos	95%	25%	90%	\$20
Marca No Preferidos	95%	40%	90%	20%
Productos Especializados Preferidos	95%	50%	90%	40%
Productos Especializados No Preferidos	95%	50%	90%	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%	90%	90%
Programa de Medicamentos Por Correo (si aplica)				
Primer Nivel de Cubierta	N/A	\$500 Individual o familiar	\$600 Individual o familiar	\$700 Individual o Familiar
Genéricos Preferidos	\$10	\$10	\$10	\$10
Genéricos No Preferidos	72%	30%	68%	15%
Marca Preferidos	72%	19%	68%	\$40
Marca No Preferidos	72%	30%	68%	15%
Productos Especializados Preferidos	N/A	N/A	N/A	N/A
Productos Especializados No Preferidos	N/A	N/A	N/A	N/A
Coaseguro para todos los medicamentos luego del primer nivel de cubierta	N/A	90%	90%	90%
Servicios de Laboratorios y Rayos X				
Laboratorio	60%	50%	30%	35%
Rayos X	0% SALUS/ 60%	0% SALUS / 50%	0% SALUS / 30%	0% SALUS/ 35%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT	60%	50%	40%	40%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas				
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	\$0	\$0	\$0	\$0
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	\$0	\$0	\$0	\$0
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	30%	30%	30%	40%
Servicios de Visión Pediátrica				
"Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)"	\$0	\$0	\$0	\$0
Otros Servicios Cubiertos				
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$0	\$0	\$0	\$0
Ambulancia Aerea en Puerto Rico	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de Emergencia en EU	65%	50%	50%	50%
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	65%	50%	50%	50%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida				
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	40%	\$200	\$200	\$150
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios				
Nutricionista	\$5	\$5	\$5	\$5
Cubierta Dental				
Diagnóstico y Preventivo	\$0	\$0	\$0	\$0