

Tipo de Contrato	Cobalto Optimo Plus	Cobalto Optimo	Cobalto Completo	Cobalto Esencial
Individual	\$650.95	\$236.10	\$166.90	\$107.90
Pareja	\$1,301.90	\$458.50	\$333.80	\$215.80
Familiar	\$1,610.85	\$584.55	\$414.70	\$267.40
Cubierta Básica				
Red	Aplica red Selective en Laboratorios	Aplica red Selective en Laboratorios y Radiología	Aplica beneficios en SALUS	Red Selective solo en Laboratorios
Hospitalización Regular	\$125 hospitales preferidos \$250 hospitales no preferidos	\$150 hospitales preferidos \$300 hospitales no preferidos	\$100 hospitales preferidos \$200 hospitales no preferidos	\$150 hospitales preferidos \$300 hospitales no preferidos
Hospitalización Parcial	\$25 preferidos \$50 no preferidos	\$35 preferidos \$75 no preferidos	\$50 hospitales preferidos \$100 hospitales no preferidos	\$100 hospitales preferidos \$150 hospitales no preferidos
Cirugía Ambulatoria	\$125	\$150	\$0	\$0
Sala de Emergencia	\$30 enfermedad o accidente \$0 Teleconsulta	\$50 enfermedad o accidente \$0 Teleconsulta	\$50 enfermedad o accidente \$0 Teleconsulta	\$75 enfermedad o accidente \$35 Teleconsulta
Centros de Urgencia	\$15 enfermedad o accidente	\$25 enfermedad o accidente	\$25 enfermedad o accidente	\$35 enfermedad o accidente
Generalista	\$10	\$10	\$10 generalistas en SALUS / \$15	\$15
Especialista	\$15	\$15	\$15 \$10 pediatras en SALUS	\$18
Subespecialista	\$18	\$20	\$20	\$20
Quiropráctico	\$7 visita / \$7 manipulaciones	\$10 visitas / \$10 manipulaciones	\$15 visitas / \$15 manipulaciones	\$15 visitas / \$15 manipulaciones
Terapias Físicas / Respiratorias	\$7 físicas / \$5 respiratorias	\$10 físicas / \$7 respiratorias	\$15 físicas o respiratorias	\$15 físicas o respiratorias
Laboratorios	30% / 45% fuera de la red Selective	40% / 55% fuera de la red Selective	40% / 35% laboratorios en SALUS	45% solo red Selective
Rayos-X	30%	40% / 50% fuera de la red Selective	40% / 35% rayos-x en SALUS	45%
Pruebas Diagnósticas	25%	40%	40%	40%

Tipo de Contrato	Cobalto Optimo Plus	Cobalto Optimo	Cobalto Completo	Cobalto Esencial
Pruebas de Medicina Nuclear	25%	40% / 50% fuera de la red Selective	40%	40%
Quimioterapia / Radioterapia	25% radioterapia/ 10% quimioterapia	35% radioterapia / 10% quimioterapia	40% radioterapia / 20% quimioterapia	40% radioterapia / 20% quimioterapia
Espejuelos o lentes de contacto	\$100 por año póliza	Excluido	\$100 por año póliza	\$100 por año póliza
Triple-S Natural (hasta 6 visitas por año póliza)	\$15	\$15	\$15	\$15
Teleconsulta MD	\$10	\$10	\$10	\$10
Cubierta de farmacia				
Cubierta de medicamentos	Supreme 2021	Genérico 2021 y terapia escalonada	Genérico 2021 y terapia escalonada	No cubierto
Deducible Inicial	\$50	No aplica	No aplica	
Regla de dispensación	Genérico primera opción	Genérico primera opción	Genérico primera opción	
Genérico	\$8	\$8	\$5	
Marca Preferido	30% mín. \$10	Cubierta disponible solo para los medicamentos Humulin, Glucagón y Synthroid 30% mín. \$20	Cubierta disponible solo para los medicamentos Humulin, Glucagón y Synthroid \$5	
Marca No Preferido	40% mín. \$15.00			
Especializado Preferido	40%	No cubierto	No cubierto	
Especializado No Preferido	50%	No cubierto	No cubierto	
Quimioterapia Oral	10%	10%	20%	
Medicamentos fuera de recetario (OTC por sus siglas en inglés)	\$0	\$0	\$0	
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos con receta del médico según la Lista de Medicamentos Preventivos.	\$0	\$0	\$0	

Tipo de Contrato	Cobalto Optimo Plus	Cobalto Optimo	Cobalto Completo	Cobalto Esencial
Suplido 90 Días				
Genérico Preferido	\$16	\$16	\$10	No cubierto
Genérico No Preferido				
Marca Preferido	23% mín. \$20	Cubierta disponible solo para medicamentos Humulin, Glucagón y Synthroid) 23% mín. \$40	Cubierta disponible solo para medicamentos Humulin, Glucagón y Synthroid) \$10	
Marca No Preferido	30% mín. \$30			
Cubierta dental				
Diagnósticos, Preventivos & Restaurativos	\$0	\$0	\$0	No cubierto
Endodoncia	20%	20%	No cubierto	
Cirugía Oral	20%	20%		
Periodoncia	20% hasta \$1,000 por año póliza	20% hasta \$1,000 por año póliza		
Prostodoncia	50% hasta \$1,000 por año póliza	50% hasta \$1,000 por año póliza		
Cubierta dental (Complementaria)				
Diagnóstico y preventivo	\$0	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Restaurativo	\$0			
Endodoncia	20%			
Cirugía Oral	20%			
Trasplante de órganos y tejidos				
Beneficio máximo	Cubierto al 100% \$1,000,000 de por vida	Cubierto al 100% \$1,000,000 de por vida	No cubierto	No cubierto
Gastos médicos mayores				
Deducible	No aplica	\$100 individual \$300 familiar	No cubierto	No cubierto
Coaseguro	20%	20%		
Desembolso máximo anual	No aplica	No aplica		
Servicios de emergencia o precertificados en EUA	20%	20%	20%	20%

Prima Mensual	
Complementaria Plan C (para asegurados elegibles a Medicare antes de 2020)	\$132.00
Complementaria Plan D (para asegurados elegibles a Medicare a partir de 2020)	\$117.70
Farmacia Individual para asegurado con Complementaria	\$201.75

1) Disponible bajo Plan Cobalto Esencial y Completo. 2) No se incluye en Plan Cobalto Plus 3) Plan Cobalto Esencial no incluye cubierta dental. 4) Hacer referencia a Lista de Medicamentos. Debes presentar tu receta médica. 5) Variedad OTC limitada. 6) A través de estos centros, los asegurados mayores de 21 años pueden hacerse su evaluación médica anual en una sola visita. 7) Servicios preventivos requeridos y definidos por la Reforma de Salud Federal. Triple-S Salud pone a su disposición una amplia red de proveedores alrededor de la Isla conocida como Red Selective de laboratorios clínicos y rayos-X como punto de servicio. Esto significa que puede utilizar proveedores fuera de la Red Selective, pero dentro de la red regular por un costo adicional. El propósito de este documento es de carácter informativo y no sustituye ni modifica la póliza. Las disposiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza y el contrato grupal prevalecen ante cualquier discrepancia. Esta tabla comparativa representa un resumen de los deducibles, copagos, coaseguros y exclusiones de las pólizas presentadas. Para información adicional sobre beneficios cubiertos y exclusiones, favor referirse al Certificado de Beneficios. Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. Triple-S Salud, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate because of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 787-774-6060, (TTY/TDD), 787-792-1370 or 1-866-215-1919. Free of charge 1-800-981-3241. If you are a federal employee or retiree call 787-774-6081, Toll Free 1-800-716-6081; (TTY / TDD) 787-792-1370; Toll-Free 1-866-215-1999 ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística llame al 787-774-6060, Libre de costo 1-800-981-3241. (TTY/TDD) al 787-792-1370 o 1-866-215-1919. Si es empleado o retirado federal llame al 787 774 6081, libre de costo 1 800 716-6081; (TTY / TDD) 787 792 1370; libre de costo 1 866 215 1999.

Triple-S Salud pone a tu disposición una amplia red de proveedores alrededor de la Isla conocida como Red Selective de laboratorios clínicos y rayos-x como Punto de Servicio. Esto significa que puedes utilizar proveedores fuera de la red Selective pero dentro de la red regular por un costo adicional. El propósito de este documento es de carácter informativo y no sustituye ni modifica la póliza. Las disposiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza y el contrato grupal prevalecen ante cualquier discrepancia. Esta tabla comparativa representa un resumen de los deducibles, copagos, coaseguros y exclusiones de las pólizas presentadas. Para información adicional sobre beneficios cubiertos y exclusiones, favor referirse al Certificado de Beneficios.