RESUMEN DEL PLAN DE SALUD 2026

Poder Judicial de Puerto Rico



PODER JUDICIAL DE PUERTO RICO

Escanea para que conozcas los servicios que tienes disponibles con Triple-S.

TRIPLE-S SALUD
ESTAMOS CONTIGO

RESUMEN DE BENEFICIOS

SERVICIOS DE HOSPITAL

- Admisiones regulares incluyendo salud mental
- Admisiones parciales por condición mental

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

- Visitas médicas incluyendo consulta a especialistas y subespecialistas
- Cirugías y administración de anestesia
- Litotricia (requiere preautorización)

SERVICIOS MÉDICOS-AMBULATORIOS

- Visitas ilimitadas a las oficinas de médicos generalistas, especialistas y subespecialistas
- Nutricionista
- Cirugía ambulatoria
- Terapia respiratoria
- Terapia física, manipulaciones de quiropráctico
- Quimioterapia, Radioterapia y Cobalto
- Pruebas de alergias
- Servicios de Sala de Emergencia

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Servicios de Laboratorios Clínicos y Rayos X
- Pruebas especializadas como: Sonogramas, CT Scan, MRI, Endoscopías Gastrointestinales, Electroencefalogramas, Electromiogramas, Medicina Nuclear y Pruebas Cardio-vasculares invasivas y no invasivas.
- Pet Scan y Pet CT

MATERNIDAD

- Servicios pre y post natales
- Visitas de cuidado preventivo del bebé
- Pruebas especializadas

OTROS SERVICIOS

- Servicios preventivos tales como:
  - o Cernimiento de cáncer cervical
  - o Diabetes gestacional
  - o Mamografía de cernimiento
  - o Métodos anticonceptivos genéricos aprobados por FDA. Requieren receta médica.
  - o Entre Otros
- Vacunas de niños, adolescentes y adultos recomendadas por el United States Preventive Service Task Force estarán cubiertas según los itinerarios de vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico y del Center for Disease Control.
- Servicios de diálisis y hemodiálisis durante los primeros 90 días a partir de la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta póliza o la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.
- Servicios post-hospitalarios: Cuidado de Salud en el Hogar y Unidad de Cuidado de Enfermería Diestra.
- Equipo médico

GASTOS MÉDICOS MAYORES

- Para recibir los servicios en los Estados Unidos cuando el mismo no está disponible en Puerto Rico necesitas una precertificación, excepto en una Emergencia. Los servicios precertificados están cubiertos a través de nuestra red de Blue Cross Blue Shield (BCBS) y serán pagados directamente al proveedor participante, sujeto al deducible inicial y coaseguro de esta cubierta. Proveedores no participantes en Estados Unidos solo se cubren en casos de emergencias.
- Cubre servicios como: rehabilitación cardiaca, aparatos prostéticos e implantes, aparatos ortóticos, asistencia quirúrgica, medicina deportiva, entre otros.

CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

- Puedes recibir los servicios en las facilidades contratadas por Triple-S Salud en y fuera de Puerto Rico.
- Necesitas una precertificación para cada una de las etapas del trasplante: pretrasplante, trasplante y post trasplante.
- Algunos de los trasplantes cubiertos son: corazón, corazón-pulmón, pulmón (unilateral o bilateral), hígado, páncreas-riñón, riñón, médula ósea, entre otros.

CUBIERTA DE FARMACIA

- El abastecimiento de los medicamentos en la cubierta será de hasta 15 días para medicamentos agudos y 30 días para medicamentos de mantenimiento. Incluye 5 repeticiones para los medicamentos de mantenimiento.
- Los medicamentos de mantenimiento puedes obtenerlos por tres métodos:
  - o Suplido de 90 días por el Programa de Medicamentos por Correo*
  - o Suplido de 90 días en farmacias participantes*
  - o Suplido de 30 días en tu farmacia de preferencia contratada

*Las condiciones que cualifican para el despacho de los 90 días son: Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroide, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson, Osteoporosis y Próstata, entre otras. Los demás medicamentos de mantenimiento los puedes solicitar mensualmente en tu farmacia contratada de preferencia.

PODER JUDICIAL DE PUERTO RICO (Fecha de Efectividad 09/01/2026)			
Servicios	Copagos, Coaseguros y Máximo de cubierta		
	BÁSICA	INTERMEDIA	AVANZADA
Cubierta Básica			
Preventivos			
Servicios Preventivos (incluyendo los de la mujer)	$0	$0	$0
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	$0	$0	$0
Inmunizaciones (Vacunas) para Virus Respiratorio Sincitial	20%	20%	20%
Esterilización y Vasectomía	$0	$0	$0
Visitas Médicas			
Generalista	$12 / $0 en Clínicas Salus	$12 / $0 en Clínicas Salus	$10 / $0 en Clínicas Salus
Especialista (incluye psicólogo y siquiatra)	$18 / $0 en Clínicas Salus	$15 / $0 en Clínicas Salus	$10 / $0 en Clínicas Salus
Subespecialista	$18 / $0 en Clínicas Salus	$18 / $0 en Clínicas Salus	$15 / $0 en Clínicas Salus
Nutricionista	$0, cubierto hasta 6 visitas por año póliza	$0, cubierto hasta 6 visitas por año póliza	$0, cubierto hasta 6 visitas por año póliza
Quiropráctico	$7	$7	$7
Teleconsulta MD (Virtual)	$10	$10	$10
Pruebas			
Laboratorios	0% en Clínicas Salus / 40% en Red Selective / 55% fuera de Red Selective	0% en Clínicas Salus / 35% en Red Selective / 50% fuera de Red Selective	0% en Clínicas Salus / 30% en Red Selective / 45% fuera de Red Selective
Rayos X	0% en Clínicas Salus / 35% en Red Selective / 50% fuera de Red Selective	0% en Clínicas Salus / 30% en Red Selective / 45% fuera de Red Selective	0% en Clínicas Salus / 25% en Red Selective / 40% fuera de Red Selective
Pruebas Especializadas	0% en Clínicas Salus / 35% en Red Selective / 50% fuera de Red Selective	0% en Clínicas Salus / 30% en Red Selective / 45% fuera de Red Selective	0% en Clínicas Salus / 25% en Red Selective / 40% fuera de Red Selective
Pruebas de Alergia	$0, hasta 50 pruebas por año póliza	$0, hasta 50 pruebas por año póliza	$0, hasta 50 pruebas por año póliza
Litotricia	Aplica copago de cirugía ambulatoria	Aplica copago de cirugía ambulatoria	Aplica copago de cirugía ambulatoria
Ambulatorio			
Facilidad Ambulatoria	$75	$75	$25
Terapias			
Terapia Física	$7, hasta 20 terapias por año póliza	$7, hasta 20 terapias por año póliza	$7, hasta 20 terapias por año póliza
Manipulaciones de Quiropráctico	$7, hasta 20 manipulaciones por año póliza	$7, hasta 20 manipulaciones por año póliza	$7, hasta 20 manipulaciones por año póliza
Terapia Respiratoria	$5, hasta 20 terapias por año póliza	$5, hasta 20 terapias por año póliza	$5, hasta 20 terapias por año póliza
Salud Mental			
Terapia de Grupo	$18	$15	$10
Visitas Colaterales	$18	$15	$10
Sala de Emergencia			
Accidente	$0	$0	$0
Enfermedad	$100	$75	$40
Recomendado por Teleconsulta	$50	$35	$20
Centro de Urgencias			
Accidente	$15 / $0 Salus Urgent Care	$15 / $0 Salus Urgent Care	$15 / $0 Salus Urgent Care
Enfermedad	$15 / $0 Salus Urgent Care	$15 / $0 Salus Urgent Care	$15 / $0 Salus Urgent Care
Hospitalización			
Regular (incluyendo Salud Mental)	$75 Hospital Preferido / $150 Hospital No Preferido	$75 Hospital Preferido / $150 Hospital No Preferido	$25 Hospital Preferido / $50 Hospital No Preferido
Parcial por condición mental	$35 Hospital Preferido / $75 Hospital No Preferido	$35 Hospital Preferido / $75 Hospital No Preferido	$12 Hospital Preferido / $25 Hospital No Preferido
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	$0	$0	$0
Asistencia Quirúrgica	20%	20%	20%
Otros			
Cuidado de Salud en el Hogar	25%	25%	25%
Equipo Médico Duradero	25%	25%	25%
Servicios en Estados Unidos	Cubierto bajo Gastos Médicos Mayores. Los servicios requieren preautorización, excepto en casos de emergencia.	Cubierto bajo Gastos Médicos Mayores. Los servicios requieren preautorización, excepto en casos de emergencia.	Cubierto bajo Gastos Médicos Mayores. Los servicios requieren preautorización, excepto en casos de emergencia.
Servicios por Proveedores No Participantes en Puerto Rico	Cubierto por reembolso a base de la tarifa establecida por Triple-S Salud para proveedores participantes menos el copago o coaseguro correspondiente.	Cubierto por reembolso a base de la tarifa establecida por Triple-S Salud para proveedores participantes menos el copago o coaseguro correspondiente.	Cubierto por reembolso a base de la tarifa establecida por Triple-S Salud para proveedores participantes menos el copago o coaseguro correspondiente.

PODER JUDICIAL DE PUERTO RICO (Fecha de Efectividad 09/01/2026)			
Servicios	Copagos, Coaseguros y Máximo de cubierta		
	BÁSICA	INTERMEDIA	AVANZADA
Farmacia			
Regla de Medicamento Genérico Mandatorio	Medicamento genérico como primera opción. Si el asegurado decide llevarse el medicamento de marca cuando existe un genérico disponible, pagará el copago de marca más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.	Medicamento genérico como primera opción. Si el asegurado decide llevarse el medicamento de marca cuando existe un genérico disponible, pagará el copago de marca más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.	Medicamento genérico como primera opción. Si el asegurado decide llevarse el medicamento de marca cuando existe un genérico disponible, pagará el copago de marca más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.
Primer Nivel de Cubierta	Límite de $1,500 por asegurado por año póliza, luego aplica un 40% de coaseguro para todas las categorías de los medicamentos cubiertos.	Límite de $2,500 por asegurado por año póliza, luego aplica un 40% de coaseguro para todas las categorías de los medicamentos cubiertos.	No aplica
Formulario	Select 2026	Select 2026	Select 2026
Medicamento Genérico	$15	10% mínimo $10	10% mínimo $10
Medicamento de Marca Preferido	25% mínimo $25	25% mínimo $25	25% mínimo $25
Medicamento de Marca No Preferido	35% mínimo $30	35% mínimo $30	35% mínimo $30
Medicamento Especializado Preferido	35%	35%	35%
Medicamento Especializado No Preferido	40%	40%	40%
Medicamento de Quimioterapia Oral	10%	10%	Cubierto al 100%
Suplido de 90 Días para Medicamentos de Mantenimiento (por Correo o Farmacia)			
Medicamento Genérico	$30	$20	$20
Medicamento de Marca Preferido	$50	$50	$50
Medicamento de Marca No Preferido	$60	$60	$60
Visión			
Espejuelos o Lentes de Contacto	$100 por año póliza	$100 por año póliza	$100 por año póliza
Examen de Refracción	35%	30%	25%
Dental			
Servicios Diagnósticos y Preventivos	0%	0%	0%
Servicios Restaurativos	0%	0%	0%
Cirugía Oral	20%	20%	20%
Endodoncia	20%	20%	20%
Periodoncia	20%, máximo de $1,000 por año póliza	20%, máximo de $1,000 por año póliza	20%, máximo de $1,000 por año póliza
Prótesis y Coronas	50%, máximo de $1,000 por año póliza	50%, máximo de $1,000 por año póliza	50%, máximo de $1,000 por año póliza
Ortodoncia	No cubierto	No cubierto	0%, máximo de $1,000 por vida
Gastos Médicos Mayores			
Coaseguro	20%	20%	20%
Trasplante de Órganos y Tejidos			
Beneficio máximo por asegurado por vida	$1,000,000	$1,000,000	$1,000,000
Otros Beneficios			
Seguro de Vida por Muerte Natural, Accidental o Desmembramiento para el empleado	$16,500	$16,500	$16,500
Programa de Asistencia al Empleado (PAE) para Servicios de Salud Mental	Inspira - $0, hasta 10 visitas por año póliza	Inspira - $0, hasta 10 visitas por año póliza	Inspira - $0, hasta 10 visitas por año póliza
Quimioterapia	10%	10%	Cubierto al 100%
Radioterapia	10%	10%	Cubierto al 100%
Triple-S Natural (medicina alternativa)	$15, hasta 6 visitas por año póliza	$15, hasta 6 visitas por año póliza	$15, hasta 6 visitas por año póliza

Esto es un breve resumen de carácter informativo y no sustituye ni modifica la póliza. Te exhortamos que revises el Certificado de Beneficios (Póliza) para que conozcas a detalle los beneficios, limitaciones y exclusiones de la cubierta. TSS-DVAC-6282-2026-A

Tarifa Mensual por Contrato Básica, Gastos Médicos Mayores, Trasplante de Órganos, Farmacia, Dental, Visión, Seguro de Vida, PAE, Primer Diagnóstico de Cáncer, Gasto Funeral, Asistencia en la Carretera y Asistencia al Viajero			
	BÁSICA 9/1/2026	**INTERMEDIA 9/1/2026**	**AVANZADA 9/1/2026**
Individual	$276.27	$307.93	$462.34
Pareja	$617.58	$675.64	$907.92
Familiar	$786.27	$859.99	$1,073.01