

2026
Resumen de Beneficios



**Fechas
Importantes**

Periodo Suscripción Abierta
1al 12 de junio de 2026

Efectividad de la Póliza
1 de agosto de 2026

Cubierta Médica



Descripción	Copagos/Coaseguros
Gasto máximo de bolsillo(MOOP)	\$6,350 ind. / \$12,700 fam.
Hospitalización (Preferido/No Preferido)	\$50/\$100
Facilidades de Cirugía Ambulatorias	\$50
Sala de emergencia	
Urgencias	\$15
Enfermedad	\$50
Accidente	\$0
Tele Consulta	\$25
Visitas médicas (generalista / especialista / subespecialista)	\$10/ \$12/ \$15
Clinicas Salus (Visitas médicas, Lab., Radiología, Prueba Especializadas)	\$0
Quiroprácticos (visita inicial / manipulaciones)	\$15/ \$0 (Máximo 15 manipulaciones)
Laboratorios, Rayos X y Pruebas especializadas	30%
Terapias físicas / Terapia Respiratoria	\$7/\$5
Gastos Médicos Mayores	20% coaseguro por persona o familia
Visión - Lentes Sencillos/ Espejuelo	\$150 por asegurado por año póliza
EAP	Evaluación y tratamiento incluye hasta (10) por asegurado por año póliza.
Triple-S Natural	\$15.00 (6) visitas por asegurado por año póliza.
Seguro de Vida	\$10,000 y Beneficio de accidente y desmembramiento incluyendo muerte natural, accidental y desmembramiento.

Cubierta de Farmacia

Descripción	Copago/Coaseguro Dentro de la Red	Terapia Escalonada
Bio-equivalentes	\$10	Reglas de despacho
Marca Preferida		Si el asociado prefiere, o el médico prescribe un medicamento de marca en lugar de un genérico, incluso cuando el médico indique original o no sustituir en la receta, el miembro del plan pagará el copago del medicamento de marca más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el medicamento genérico.
No Preferido	\$20/\$50	
Medicamentos Especializados		
Preferida	50% máximo \$200	
No Preferida	50% máximo \$250	
Fuera de recetario (OTC)	\$0	
Despacho 90 días Farmacia Local / Correo Bio-equivalentes*	\$20	
Despacho 90 días Farmacia Local / Correo Marca Preferida	\$40	
No Preferido	\$100	

Cubierta Dental

Descripción	Coaseguro
Diagnóstico, Preventivo y Restaurativo	0%
Cirugía Oral, Endodoncia	20%
Periodoncia (Hasta un máximo anual de \$1,000 por asegurado)	20%
Prótesis	50%