



ELA
CARE PLUS

COMPLEMENTARIA
MEDICARE

\$0

COPAGO
COASEGUROS

Esta cubierta te da
la flexibilidad de libre
selección y acceso
a tus proveedores



LLAMA HOY
787.792.2226
ssspr.com

English: 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 1-866-215-1999. Free of charge 1-800-981-3241. Español: 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 1-866-215-1999. 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 on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association. Anuncio autorizado por Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.



EMPLEADO RETIRADO GUBERNAMENTAL



Care Plus ELA Y CUBIERTAS OPCIONALES

**EMPLEADO RETIRADO
GUBERNAMENTAL CON
PARTE A Y B DEL
PROGRAMA MEDICARE**

Care Plus ELA te cubre los deducibles
y coaseguros establecidos para los
beneficios cubierto en la Parte A y B
del Programa Medicare.



LA SIGUIENTE TABLA DESCRIBE LOS DEDUCIBLES Y COASEGUROS DE ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS QUE CUBRE MEDICARE Y LA PÓLIZA CARE PLUS ELA.

BENEFICIOS ELA	MEDICARE	CARE PLUS	USTED
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN			
Deducible por periodo de enfermedad	\$0	\$1,340	\$0
Primeros 60 días	100%	\$0	\$0
Coaseguro días 61 al 90 \$329 diarios	Todo, menos \$335 diarios	\$335 diarios	\$0
Coaseguro días 91 al 150 \$658 diarios	Todo, menos \$670 diarios	\$670 diarios	\$0
Días de reserva vitalicios (365 días adicionales de por vida)	\$0	100% de los gastos elegibles del Medicare	\$0
Más allá de los 365 días	\$0	\$0	Todos los costos
CUIDADO EN FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA¹			
Primeros 20 días	100%	\$0	\$0
Coaseguro días 21 al 100	Todo, menos \$167.50 diarios	\$167.50 diarios	\$0
Días 101 y posteriores	\$0	\$0	Todos los costos
SERVICIOS MÉDICOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL			
Tales como servicios de médicos, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero.			
Deducible anual	\$0	\$183	\$0
Coaseguro	80%	20%	\$0
Cargos sobre las cantidades aprobadas de la Parte B	\$0	\$0	Todos los costos
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO- NO CUBIERTOS POR MEDICARE			
Servicios médicamente necesarios para cuidados de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje que realiza fuera de los Estados Unidos de América.			
Los primeros cada año civil	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80% hasta un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20% y cantidades sobre el beneficio máximo de por vida de \$50,000

El Programa Medicare te paga el 80% de los cargos razonables luego de descontar el deducible anual. La póliza Care Plus ELA paga el 20% de los cargos razonables aceptados por Medicare. Si visitas un médico o proveedor participante de Medicare y Triple-S Salud, no tienes que pagar nada. Sólo tienes que presentar ambas tarjetas.

Refiérete al directorio de participantes de Medicare y Triple-S Salud. El directorio de Triple-S Salud para tu cubierta está disponible en www.sssspr.com y nuestros Centros de Servicio. Solicita el Directorio de Medicare al representante del programa de Medicare en Puerto Rico.

ES IMPORTANTE QUE LEAS TU PÓLIZA DETENIDAMENTE

Para obtener más información de Care Plus, visita cualquiera de nuestros Centros de Servicio o llame al (787) 774-6070 o sin cargos al 1-800-981-3241. Nuestros representantes de servicio están disponibles para atenderte de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 8:00 p.m., sábados de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. y domingos de 11:00 a.m. a 5:00 p.m. (Tiempo Estándar del Atlántico). Para servicios telefónicos para audio impedidos (TTY/ TDD), llama al (787) 792-1370 o sin cargos al 1-866-215-1999.

Para más información de Medicare, llama al 1-800-Medicare (1-800-633-4227) o visita www.medicare.gov. Las personas con impedimentos auditivos y del habla (TTY/TDD) pueden llamar al 1-877-486-2048. Puedes llamar las 24 horas, los 7 días de la semana.

Nota: Debes leer su póliza con cuidado. Este resumen te ofrece una breve descripción de los aspectos más importantes de tu póliza. Este no es el contrato de seguros y el seguro se rige únicamente por las disposiciones que se establecen en la póliza la cual detalla los derechos y las obligaciones que tú y Triple-S Salud tienen.

CUBIERTAS OPCIONALES PARA EMPLEADOS RETIRADOS GUBERNAMENTALES

CUBIERTA DENTAL OPCIONAL

Con Triple-S Salud tienes la alternativa de suscribir la cubierta dental y ampliar los beneficios de tu cubierta Care Plus ELA. Tendrás beneficios como:

- Beneficio máximo de \$1,000 por año contrato
- Diagnóstico y Preventivo
- Radiografías
- Mantenedores de Espacio
- Restaurativo
- Restauraciones
- Endodoncia
- Prostodoncia
- Periodoncia
- Cirugía oral

CUBIERTA DE FARMACIA INDIVIDUAL OPCIONAL

Triple-S Salud te ofrece un Plan Individual de Farmacia el cual te provee beneficios similares a una cubierta de farmacia de Medicare Parte D. Este plan es acreditable a la Parte D lo que significa que nuestra cubierta pagará tanto o más que una cubierta Parte D. Al ser una cubierta acreditable no aplicará la penalidad por suscripción tardía a la cubierta de farmacia de Medicare Parte D si te suscribes en ella.

ACCESO A UNA AMPLIA RED DE FARMACIAS A TRAVÉS DE TODA LA ISLA Y ESTADOS UNIDOS

Beneficios:

- Acceso a medicamentos de marca y medicamentos genéricos
- Una lista de medicamentos sin leyenda Federal (OTC) cubiertos con \$0.00 de copago
- Abastecimiento extendido de 90 días en nuestras farmacias participantes
- Medicamentos por correo, para su conveniencia

PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA ELA 2018

Primer nivel de cubierta: (hasta que los costos totalicen \$2,850)			
ABASTECIMIENTO HASTA 30 DÍAS		ABASTECIMIENTO HASTA 90 DÍAS	
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$5	Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$15
Nivel 2: Medicamentos Genéricos No Preferidos	\$15	Nivel 2: Medicamentos Genéricos No Preferidos	\$45
Nivel 3: Medicamentos Preferidos	30% mínimo \$30.00	Nivel 3: Medicamentos Preferidos	30% mínimo \$90.00
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	35% mínimo \$40.00	Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	35% mínimo \$120.00
Nivel 5: Productos Especializados	35%	Nivel 5: Productos Especializados	35%
Programa de Medicamentos Over-the-Counter	\$0	Programa de Medicamentos Over-the-Counter	NO APLICA
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0	Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0
Segundo nivel de cubierta: (una vez los costos totalicen \$2,850.01 y hasta desembolsar \$4,550)			
ABASTECIMIENTO HASTA 30 DÍAS		ABASTECIMIENTO HASTA 90 DÍAS	
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	65%	Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	65%
Nivel 2: Medicamentos Genéricos No Preferidos	65%	Nivel 2: Medicamentos Genéricos No Preferidos	65%
Nivel 3: Medicamentos Preferidos	45%	Nivel 3: Medicamentos Preferidos	45%
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	45%	Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	45%
Nivel 5: Productos Especializados	65% para genéricos 45% para marcas	Nivel 5: Productos Especializados	65% para genéricos 45% para marcas
Programa de Medicamentos Over-the-Counter	\$0	Programa de Medicamentos Over-the-Counter	NO APLICA
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0	Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0
Tercer Nivel de Cubierta: (una vez la persona asegurada desembolse \$4,550.01)			
ABASTECIMIENTO HASTA 30 DÍAS		ABASTECIMIENTO HASTA 90 DÍAS	
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	10% mínimo \$2.55	Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	10% mínimo \$7.65
Nivel 2: Medicamentos Genéricos No Preferidos	10% mínimo \$2.55	Nivel 2: Medicamentos Genéricos No Preferidos	10% mínimo \$7.65
Nivel 3: Medicamentos Preferidos	10% mínimo \$6.35	Nivel 3: Medicamentos Preferidos	10% mínimo \$19.05
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	10% mínimo \$6.35	Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	10% mínimo \$19.05
Nivel 5: Productos Especializados	10% para genéricos mínimo \$2.55 10% para marcas mínimo \$6.35	Nivel 5: Productos Especializados	10% para genéricos mínimo \$7.65 10% para marcas mínimo \$19.05
Programa de Medicamentos Over-the-Counter	\$0	Programa de Medicamentos Over-the-Counter	NO APLICA
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0	Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0