

Triple-S Salud

<http://www.ssspr.com>

Servicio al Cliente 787-774-6081 o 800-716-6081



2019

Una Organización del Mantenimiento de la Salud con un producto de Punto de Servicio

Esta cubierta de salud cualifica como una cubierta mínima esencial y cumple con el valor mínimo estándar para los beneficios que provee. Ver página 7 para más detalles. Este plan está acreditado. Ver página 14.

IMPORTANTE

- Tarifas: Contraportada
- Cambios para 2019: Página 17
- Resumen de beneficios: Página 95

Sirviendo a todo Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos

La suscripción a este Plan es limitada. Usted debe vivir en nuestra área geográfica de servicio para suscribirse. Ver página 16 para los requisitos.

Códigos de suscripción para este Plan:

Para residentes de Puerto Rico

891 Individual

893 Pareja

892 Familia

Para residentes de las Islas Vírgenes de EE.UU.

851 Individual

853 Pareja

852 Familia

Autorizado para distribución por la:



RI 73-016



Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos

Cuidado de Salud y Seguros
<http://www.opm.gov/insure>

RI-73-016

Aviso importante de Triple-S Salud acerca de nuestra cubierta de Farmacia y Medicare

La Oficina de Administración de Personal (OPM, por sus siglas en inglés) ha determinado que la cubierta de medicamentos recetados de Triple-S Salud es, en promedio, comparable a la cubierta de medicamentos que ofrece la Parte D de Medicare. Por lo tanto, usted no tiene necesidad de suscribirse a la Parte D y pagar extra por los beneficios de medicamentos recetados. Si decide suscribirse a la Parte D más adelante, usted no tendrá que pagar la penalidad por suscripción tardía, siempre y cuando usted mantenga su cubierta de FEHB.

Sin embargo, si usted escoge suscribirse a la Parte D, usted puede mantener su cubierta de FEHB y Triple-S Salud coordinará los beneficios con Medicare.

Recuerde: Si usted es un pensionado y cancela su cubierta FEHB, usted no podrá volver a suscribirse al programa FEHB.

Por favor tenga en cuenta

Si usted pierde o se da de baja de su cubierta FEHB, y permanece 63 o más días sin una cubierta de medicamentos recetados que sea al menos equivalente a la cubierta de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual para la Parte D de Medicare aumentará por lo menos 1% mensual por cada mes que usted estuvo sin esa cubierta. Por ejemplo, si usted está 19 meses sin la cubierta de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, su prima siempre será 19 por ciento más alta que la prima que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta durante el tiempo que usted tenga la cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que usted tenga que esperar hasta el próximo Periodo de Elección Coordinada Anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para suscribirse a la Parte D de Medicare.

Beneficios de Medicare para personas de bajos recursos

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cubierta de medicamentos recetados de Medicare. La información sobre este programa está disponible a través de la Administración del Seguro Social en línea en la página www.socialsecurity.gov o llamando a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Usted puede obtener más información sobre los Planes de medicamentos y las cubiertas que se ofrecen en su área:

- Visite www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY: 1-877-486-2048.

Tabla de Contenido

Tabla de contenido.....	1
Introducción	3
Lenguaje sencillo.....	3
¡Alto al fraude en el cuidado de la salud!	4
Discriminar está en contra de la ley.....	5
Prevención de errores médicos	5
Información sobre el Programa FEHB	8
Información de cubierta.....	8
• No hay limitación por condiciones preexistentes	8
• Cobertura esencial mínima	8
• Estándar del valor mínimo.....	8
• Dónde puede obtener información sobre cómo suscribirse al Programa FEHB.....	8
• Tipos de cubiertas disponibles para usted y su familia.....	8
• Cubierta familiar.....	9
• Ley de equidad para los niños	10
• Cuándo comienzan los beneficios y el pago de primas	10
• Cuando usted se jubile.....	11
Cuando pierde los beneficios.....	11
• Cuando termina la cubierta de FEHB.....	11
• Al divorciarse	11
• Continuación de cubierta temporal (<i>TCC</i>).....	12
• Cambio a cubierta individual	12
• Mercado de seguros médicos.....	12
Sección 1. Cómo funciona este plan.....	13
Quién provee mi cuidado de salud.....	13
Tenemos libre acceso a beneficios (<i>Open Access</i>).....	14
También tenemos beneficios de Punto de Servicio (<i>POS</i>)	14
Cómo les pagamos a nuestros proveedores.....	14
Sus derechos y responsabilidades	14
Sus reclamaciones y expedientes médicos son confidenciales	15
Área de servicio	15
Sección 2. Cambios para el 2019.....	16
• Cambios a este plan.....	16
Sección 3. Cómo obtener su cuidado médico	17
Tarjetas de identificación.....	17
Dónde puede obtener los servicios cubiertos.....	17
• Proveedores del plan.....	17
• Facilidades del plan	17
• Red de hospitales de cuidado coordinado.....	17
• Otros proveedores.....	17
Qué debe hacer para obtener servicios cubiertos	18
• Cuidado primario.....	18
• Cuidado especializado	18
• Cuidado hospitalario.....	18
• Si usted está hospitalizado cuando su póliza entra en vigor	18
Usted necesita autorización previa para algunos servicios	19
• Admisión hospitalaria.....	19
• Otros servicios que requieren nuestra autorización previa	19
Cómo solicitar una precertificación para una admisión o precertificación para Otros Servicios.....	20

• Reclamaciones no urgentes.....	20
• Reclamaciones urgentes	20
• Reclamaciones de cuidado concurrente.....	21
• Admisión hospitalaria de emergencia.....	21
• Cuidado de maternidad.....	21
• Si su tratamiento necesita ser extendido	21
Qué ocurre cuando usted no sigue las reglas de precertificación al utilizar proveedores fuera de la red ..	21
Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la reclamación pre-servicio	22
• Para reconsiderar una reclamación no urgente	22
• Para reconsiderar una reclamación urgente	22
• Para solicitar una apelación ante la OPM	22
Circunstancias más allá de nuestro control	22
Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos.....	23
Costo compartido.....	23
Copago.....	23
Coaseguro	23
Diferencias entre la aportación del plan y la factura.....	23
Su protección catastrófica de desembolso máximo para coaseguros y copagos	23
Transferencia de un Plan a otro (<i>carryover</i>).....	23
Cuando las agencias del gobierno nos facturan	23
Sección 5. Beneficios	24
Beneficios fuera del FEHB disponibles para los asegurados.....	65
Sección 6. Exclusiones generales – Servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos	66
Sección 7. Cómo someter una reclamación por servicios cubiertos	67
Sección 8. Proceso de apelación sobre reclamaciones.....	69
Sección 9. Coordinando beneficios con Medicare y otra cubierta.....	72
Cuando tiene otra cubierta de salud	72
TRICARE y CHAMPVA	72
Compensación a trabajadores	72
Medicaid	72
Cuando otras agencias del gobierno son responsables de su cuidado.....	72
Cuando otros son responsables de sus lesiones	73
Cuando usted tiene cubierta del Plan Dental y de Visión de los Empleados Federales (<i>FEDVIP</i>).....	73
Estudios de investigación clínica (<i>clinical trials</i>)	73
Cuando usted tiene Medicare.....	74
• ¿Qué es Medicare?.....	74
• ¿Debo suscribirme a Medicare?.....	74
• El Plan Original de Medicare (Parte A o Parte B)	75
• Infórmenos sobre su cubierta de Medicare	76
• Medicare Advantage (Parte C)	76
• Cubierta de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)	77
Sección 10. Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto	80
Sección 11. Otros programas federales	83
Programa Federal de Cuentas Flexibles para Gastos de Salud – <i>FSAFEDS</i>	83
Programa de Seguro Dental y de Visión para los Empleados Federales – <i>FEDVIP</i>	84
Programa Federal de Seguros de Cuidado a Largo Plazo – <i>FLTCIP</i>	85
Índice	86
Resumen de beneficios del Plan Triple-S Salud 2019	88
Información de primas para Triple-S Salud en el 2019	90

Introducción

Este manual describe los beneficios de Triple-S Salud conforme a nuestro contrato (CS-1090) con la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos, según autorizado por la Ley de Beneficios para los Empleados Federales. Se puede comunicar con Servicio al Cliente al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE.UU. o a través de nuestra página: www.ssspr.com. La dirección de la oficina administrativa de Triple-S Salud es:

Triple-S Salud, Inc. (Triple-S Salud)
1441 Avenida Roosevelt
San Juan, Puerto Rico 00920

Este folleto es el resumen oficial de los beneficios. Ninguna declaración verbal podrá modificar o afectar de alguna manera los beneficios, limitaciones y restricciones expresadas en este panfleto. Es su responsabilidad mantenerse informado sobre sus beneficios de salud. Los panfletos están disponibles en inglés. Usted podrá obtener una copia llamando al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE.UU..

Si está suscrito a este Plan, usted tiene derecho a los beneficios descritos en este panfleto. Si usted está suscrito a una cubierta de pareja o familiar, cada asegurado de su familia también tiene derecho a estos beneficios. Si usted está suscrito a una cubierta de pareja (Self Plus One) o familiar (Self Plus Family), todos los miembros de la familia también tienen derecho a estos beneficios. Usted no tendrá derecho a beneficios que estuvieron disponibles antes del 1 de enero de 2018, a menos que dichos beneficios aparezcan en este panfleto.

La OPM negocia los beneficios y tarifas con cada Plan anualmente. Los cambios en los beneficios serán efectivos el 1 de enero de 2019 y los cambios se resumen en la página 16. Las tarifas aparecen al final de este manual.

La cubierta bajo este plan cualifica como cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Por favor, visite la página del Servicio de Rentas Internas www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision para más información sobre el requisito individual para la cobertura esencial mínima.

ACA establece un valor mínimo para el estándar de beneficios. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuarial). La cubierta de salud de este plan cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que este plan provee.

Lenguaje sencillo

Todos los folletos del FEHB están escritos en lenguaje sencillo para que sean fáciles de entender. A continuación, algunos ejemplos:

- Excepto por los términos técnicos que sean indispensables, usamos palabras comunes. Por ejemplo: ‘usted’ se refiere al asegurado principal del Plan o a un asegurado de su familia; ‘nosotros’ se refiere a Triple-S Salud.
- Limitamos los acrónimos a aquellos que usted conoce: FEHB son las siglas en inglés del Programa de Beneficios de Salud de los Empleados Federales. OPM son las siglas en inglés de la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos. Si usamos otras siglas, primero le diremos lo que significan.
- Nuestro folleto y los folletos de otros Planes del FEHB tienen el mismo formato y descripciones similares para ayudarle a comparar los Planes.

¡Alto al fraude en el cuidado de la salud!

El fraude aumenta los costos del cuidado de salud para todos y aumenta sus primas del Programa de Beneficios de Salud de los Empleados Federales.

La Oficina del Inspector General de la OPM investiga todos los alegatos de fraude, desperdicio y abuso en el Programa FEHB, independientemente de la agencia que le emplea o de la que usted esté retirado.

Protéjase del fraude – He aquí algunas cosas que usted puede hacer para evitar el fraude:

- No dé su número de identificación del Plan por teléfono o a personas que usted no conozca, excepto a sus proveedores de servicios de salud o al representante autorizado de su Plan o de la OPM.
- Sólo permita que profesionales médicos adecuados revisen su expediente médico o le recomienden servicios.
- Evite ir a proveedores de cuidado de la salud que le digan que un servicio o artículo usualmente no se cubre, pero que ellos saben cómo facturarlos para que el plan los pague.
- Revise cuidadosamente las explicaciones de beneficios (*EOB*, por sus siglas en inglés) que usted recibe de nosotros.
- Revise periódicamente su historial de reclamaciones para asegurarse de que no le estén facturando servicios que usted no ha recibido.
- No le pida a su médico que escriba diagnósticos falsos en certificados, facturas o expedientes para lograr que paguemos por un artículo o servicio.
- Si usted sospecha que un proveedor le ha hecho un cargo por un servicio que usted no ha recibido, le facturó dos veces por un mismo servicio o tergiversó información, haga lo siguiente:
 - Llame a proveedor y pídale una explicación. Puede que haya un error.
 - Si el proveedor no resuelve el asunto, llámenos al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU., y explíquenos la situación.
 - Si nosotros no le resolvemos el problema:

LLAME A – LÍNEA DIRECTA SOBRE FRAUDE AL CUIDADO DE SALUD

877-499-7295

O visite www.opm.gov/our-inspector-general/hotline-to-report-fraud-waste-or-abuse/complaint-form/

Presentar los reportes en línea es el método deseado para reportar el fraude con el fin de asegurar la precisión y un tiempo de respuesta más rápido.

También puede escribir a:

United States Office of Personnel Management

Office of the Inspector General Fraud Hotline

1900 E Street, NW, Room 6400

Washington, DC 20415-1100

- No mantenga como asegurado en su Plan familiar:
 - A su cónyuge, luego de que un decreto de divorcio o anulación sea final (aun si la corte estipula lo contrario)
 - Su hijo/a mayor de 26 años (a menos que esté discapacitado/a y no pueda mantenerse por sí mismo(a) antes de los 26 años).

- Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad de un dependiente, verifique con su oficina de personal si usted está empleado, o con su oficina de retiro (como OPM) si usted está retirado, o con el Centro Nacional de Finanzas si usted está suscrito a una Continuación de Cubierta Temporal (TCC).
- El plan prohíbe el fraude y las declaraciones falsas intencionales de hechos importantes. Usted puede ser enjuiciado por fraude y su agencia podrá tomar acción contra usted. Ejemplos de fraude incluyen falsificar una reclamación para recibir beneficios del FEHB, tratar u obtener beneficios o cubierta para usted o para alguien que no es elegible para cubierta, o tratar de suscribirse al Plan cuando usted ya no es elegible.
- Si su suscripción continúa luego de que usted deje de ser elegible para cubierta (p. ej., separarse del servicio Federal) y las primas no se han pagado, usted será responsable de todos los beneficios pagados durante el período en que las primas no se pagaron. Su proveedor podrá facturarle por los servicios recibidos. Usted puede ser procesado legalmente por fraude si intencionalmente obtiene beneficios del seguro de salud para el cual no ha pagado primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un familiar ya no es elegible para utilizar su seguro de salud.

Discriminar está en contra de la ley

Triple-S Salud cumple con todas las leyes federales aplicables de derechos civiles, para incluir tanto el Título VII de Derechos Civiles del 1964 como la Sección 1557 del Cuidado de Salud Asequible (en inglés, Affordable Care Act, ACA). De acuerdo con la Sección 1557, Triple-S Salud no discrimina, excluye a personas o las trata de manera diferente por razón de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Si una aseguradora es una entidad cubierta, sus miembros podrán presentar querellas 1557 con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., la OPM (Oficina de Administración de Personal de EE.UU.) o los operadores del programa FEHB. Para presentar denuncias con la OPM, los operadores cubiertos deberán utilizar:

Usted también puede presentar una denuncia de derechos civiles con la Oficina de Administración de Personal por correo o teléfono al:

**Office of Personnel Management
Healthcare and Insurance
Federal Employee Insurance Operations
FEHB 2
1900 E Street NW
Washington, D.C. 20415-3610**

202-606-3818 de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Este

Prevención de errores médicos

Los errores médicos siguen siendo una causa significativa de muertes evitables en los Estados Unidos. Mientras que la muerte es el resultado más trágico, los errores médicos causan otros problemas tales como discapacidades permanentes, estancias prolongadas en el hospital, recuperaciones más largas e incluso tratamientos adicionales. Los errores médicos y sus consecuencias también aumentan significativamente el costo total del cuidado de la salud. Hospitales y proveedores del cuidado de la salud están siendo responsabilizados por la calidad del cuidado y la reducción de los errores médicos por sus entidades de acreditación. También puede mejorar la calidad y la seguridad de su propio cuidado de la salud y el de los miembros de su familia, aprendiendo más y comprendiendo sus riesgos. Tome estos sencillos pasos:

1. Haga preguntas si tiene dudas o preocupaciones.

- Haga preguntas y asegúrese de que entiende las contestaciones.
- Escoja un médico con el que se sienta cómodo al conversar.

- Lleve un pariente o amigo que le ayude a tomar notas, hacer preguntas y entender las contestaciones.

2. Mantenga y traiga una lista de los medicamentos que usted toma.

- Traiga los medicamentos o entréguele a su médico o farmacéutico una lista de todos sus medicamentos y las dosis que toma, incluso los medicamentos sin receta médica (*over-the-counter*) y suplementos nutricionales.
- Infórmele a su médico o farmacéutico cualquier alergia a medicamentos, comida y otras alergias que tenga, por ejemplo, al látex.
- Pregunte acerca de los riesgos o efectos secundarios del medicamento y qué debe evitar mientras lo toma. Asegúrese de anotar lo que su médico o farmacéutico le diga.
- Asegúrese de que su medicamento es lo que el médico ordenó. Pregúntele al farmacéutico sobre su medicamento si tiene un aspecto diferente al que usted esperaba.
- Lea la etiqueta y el prospecto para el paciente dentro del empaque cuando obtenga su medicamento, incluso todas las advertencias e instrucciones.
- Conozca cómo usar su medicamento. Tenga en cuenta especialmente la hora y las condiciones bajo las cuales usted debe o no debe tomar el medicamento.
- Si tiene preguntas, comuníquese con su médico o farmacéutico.
- Comprenda los nombres genéricos y de marca de su medicamento. Esto ayuda a garantizar que no reciba el doble de su dosis al tomar uno genérico y uno de marca. También ayuda a evitar que tome un medicamento al que usted es alérgico.

3. Obtenga los resultados de cualquier examen o procedimiento.

- Pregunte cuándo o cómo usted obtendrá los resultados de sus exámenes o procedimientos. ¿Será en persona, por teléfono, por correo, a través del plan o del portal del proveedor?
- No asuma que los resultados están bien si no se los entregan cuando usted esperaba, ya sea en persona, por teléfono o correo. Llame a su médico y pregúntele por sus resultados.
- Pregunte qué significan esos resultados para el cuidado de su salud.

4. Pregunte a su médico sobre cuál es el mejor hospital o clínica para sus necesidades de salud.

- Pregúntele a su médico sobre qué hospital o clínica tiene el mejor cuidado y los mejores resultados para su condición, y si puede elegir entre más de un hospital o clínica para obtener el cuidado de salud que usted necesita.
- Asegúrese de que entiende las instrucciones para obtener cuidado de seguimiento cuando usted deje el hospital o clínica.

5. Asegúrese de que usted entiende qué sucederá si necesitara una cirugía.

- Asegúrese de que usted, su médico y su cirujano estén de acuerdo en lo que exactamente se hará durante la operación.
- Pregúntele a su médico: ¿Quién manejará mi cuidado cuando esté en el hospital?
- Pregúntele a su cirujano:
 - ¿Qué exactamente estará haciendo?
 - ¿Cuánto tiempo le tomará?

- ¿Qué ocurrirá después de la cirugía?
- ¿Cómo debo esperar sentirme durante la recuperación?
- Infórmele al cirujano, anesthesiólogo y enfermeras cualquier alergia, mala reacción a la anestesia y cualquier medicamento o suplemento nutricional que esté tomando.

Enlaces sobre la seguridad del paciente:

Para más información sobre la seguridad del paciente, por favor, visite:

- <http://www.jointcommission.org/speakup.aspx>. Programa de seguridad del paciente, La Comisión Conjunta Habla, “The Joint Commission’s Speak Up™”.
- http://www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx. La Comisión Conjunta ayuda a las organizaciones de cuidado de la salud para mejorar la calidad y seguridad del cuidado que brindan.
- www.ahrq.gov/patients-consumer/. La Agencia conocida en inglés como “*The Agency for Healthcare Research and Quality*” tiene a su disposición una lista amplia de tópicos, no solo para informar al consumidor sobre la seguridad del paciente, si no que le ayuda a elegir los proveedores de salud y a mejorar la calidad en el servicio que recibe.
- www.npsf.org. La agencia conocida en inglés como “*The National Patient Safety Foundation*” tiene a su disposición información sobre cómo obtener un mejor servicio de salud para usted y su familia.
- www.talkaboutrx.org - La agencia conocida en inglés como “*The National Council on Patient Information and Education*” se dedica a mejorar la comunicación sobre el uso seguro y apropiado de los medicamentos.
- www.leapfroggroup.org - Este grupo, conocido en inglés como “*Leapfrog*”, se dedica a promover las prácticas saludables del cuidado de la salud en hospitales.
- www.ahqa.org - Este grupo, conocido en inglés como “*The American Health Quality Association*”, representa a un grupo de organizaciones y profesionales del cuidado de la salud que trabajan para mejorar la seguridad de los pacientes.

Condiciones de salud adquiridas que son prevenibles (“Eventos Adversos”)

Al entrar al hospital para recibir tratamiento para una condición médica, usted no espera salir con lesiones adicionales, infecciones u otras enfermedades graves que se produzcan en el transcurso de su estadía. Aunque algunas de estas complicaciones pueden no ser evitables, pacientes sufren lesiones o enfermedades que podrían haberse evitado si el doctor u hospital hubiese tomado las precauciones adecuadas. Los errores en el cuidado médico que son claramente identificables, prevenibles y graves en sus consecuencias para los pacientes, pueden indicar un problema significativo en la seguridad y credibilidad de un centro de cuidado de salud. Estas condiciones y los errores se les llaman en ocasiones “Eventos Adversos” o “Eventos Serios Reportables”.

Tenemos una política de pago que fomenta que los hospitales reduzcan las probabilidades de condiciones adquiridas en el hospital, como ciertas infecciones, úlceras y fracturas graves; y a reducir los errores médicos que nunca deben suceder. Cuando un evento adverso ocurra, ni su plan FEHB ni usted incurrirán en gastos para corregir el error médico. No se le cobrará por los servicios de hospitalización relacionados con el tratamiento de las condiciones específicas adquiridas en el hospital o para servicios de hospitalización necesarios para corregir los Eventos Adversos, siempre y cuando utilice proveedores participantes de Triple-S Salud.

Información sobre el Programa FEHB

Información de Cubierta

- **No hay limitación por condiciones preexistentes**

No nos negaremos a cubrir el tratamiento para una condición que usted tenía antes de suscribirse al Plan simplemente porque usted tenía la condición antes de usted suscribirse.

- **Cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés)**

La cubierta bajo este plan cualifica como cobertura esencial mínima y cumple con el requisito de la responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Por favor visite la página del Servicio de Rentas Internas www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision para más información sobre los requisitos para la cobertura esencial mínima individual.

- **Estándar del valor mínimo**

Nuestra cubierta de salud cumple con el estándar del valor mínimo de 60% establecido por la ACA. Esto significa que proveemos beneficios para cubrir al menos el 60% del total de los costos permitidos para los beneficios de salud esenciales. El estándar de 60% es un valor actuarial; la cantidad específica que usted paga de su bolsillo se determina como se explica en este folleto.

- **Dónde puede obtener información sobre cómo suscribirse al Programa FEHB**

Visite www.opm.gov/insure/health para obtener información sobre cómo suscribirse, así como:

- Información sobre el Programa FEHB y los Planes disponibles para usted
- Una herramienta para comparar los Planes de salud
- Una lista de agencias que participan en *Employee Express*
- Un enlace a *Employee Express*
- Información y enlaces sobre otros sistemas de suscripción electrónicos

Además, su oficina de personal o de asuntos de pensionados puede contestar sus preguntas y proveerle folletos sobre otros Planes y otros materiales que le permitan tomar una decisión informada sobre su cubierta bajo *FEHB*. Estos materiales le informan:

- Cuándo puede cambiar su suscripción
- Cómo puede cubrir a los miembros de su familia
- Qué sucede cuando se transfiere a otra agencia Federal, se va de licencia sin paga, entra al servicio militar o se jubila
- Qué sucede cuando termina su suscripción
- Cuándo comienza el próximo período de suscripción

Nosotros no determinamos quién es elegible para la cubierta bajo el Plan y, en la mayoría de los casos, no podemos cambiar su tipo de suscripción sin haber obtenido información de su oficina de personal o de asuntos de pensionados. Para información sobre las deducciones de su prima, usted debe comunicarse con su oficina de empleo o de retiro.

- **Tipos de cubiertas disponibles para usted y su familia**

La cubierta Individual es para usted solamente. La suscripción bajo la cubierta de Pareja es para usted y un miembro elegible de su familia. La cubierta Familiar es para usted, un miembro elegible de su familia o su cónyuge e hijos dependientes que no hayan cumplido 26 años, lo cual incluye cualquier hijo adoptivo o niño que haya acogido legalmente en su hogar y que esté autorizado para cubierta por su oficina de empleo o su oficina de retiro. Bajo ciertas circunstancias, usted también puede

continuar la cubierta para un(a) hijo(a) discapacitado(a) de 26 o más que sea incapaz de proveerse su sustento.

Si está suscrito bajo la cubierta Individual, usted puede cambiar a la cubierta de Pareja o Familiar si se casa, tiene un hijo o añade un niño a su familia. Usted puede cambiar su cubierta desde 31 días antes y hasta 60 días después del evento.

Su suscripción de Pareja o Familiar comienza el primer día del período de pago en que nace el bebé o se convierte en elegible como miembro de la familia. Cuando cambia a la cubierta de Pareja o Familiar porque se casa, el cambio es efectivo el primer día del período de pago después que su oficina de personal reciba su formulario de suscripción. Ninguno de los beneficios estará disponible para su cónyuge hasta que estén casados.

Ni su oficina de personal o de asuntos para pensionados ni nosotros le notificaremos cuando un miembro de su familia deje de ser elegible para el seguro de salud. Por favor, infórmenos inmediatamente los cambios en el estatus de algún miembro de la familia, incluso matrimonio, divorcio, anulación, o cuando su hijo(a) cumpla los 26 años.

Si usted o uno de sus familiares está suscrito en un plan FEHB, ni usted ni ellos pueden estar suscritos o cubiertos como familiares de otros afiliados bajo otro plan FEHB.

Si usted tiene un evento calificado (QLE, por sus siglas en inglés), tal como matrimonio, divorcio o un nacimiento fuera del periodo de suscripción para beneficios federales, usted puede ser elegible para suscribirse al programa FEHB, cambiar su suscripción o cancelar cubierta. Para una lista completa de eventos calificados (QLE), visite la página de FEHB www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events. Si necesita asistencia, por favor comuníquese con su agencia, Oficial de Beneficios Tribales, oficina de personal/nómina u oficina de retiro.

- **Cubierta familiar**

Los miembros de la familia bajo su cubierta Familiar incluyen a su cónyuge (incluye matrimonios válidos por derecho común) y los hijos que se describen en la tabla que aparece a continuación. La cubierta de Pareja le cubre a usted y a su cónyuge, o a otro miembro elegible de su familia, según se describe en la tabla que aparece a continuación.

Hijos	Cubierta
Hijos naturales, adoptados e hijastros	Hijos naturales, adoptados e hijastros estarán cubiertos hasta que cumplan 26 años de edad.
Niños en adopción temporal	Los hijos adoptivos son elegibles para cubierta hasta que cumplan 26 años de edad si usted provee evidencia documental de que usted le provee sustento regular y sustancial y firma una certificación indicando que su hijo adoptivo cumple con todos los requisitos. Comuníquese con su oficina de recursos humanos o del sistema de retiro para obtener más información.
Niños incapaces de mantenerse a sí mismos	Los hijos que son incapaces de mantenerse por sí mismos debido a una discapacidad mental o física que comenzó antes de los 26 años serán elegibles para continuar con la cubierta. Comuníquese con su oficina de recursos humanos o su oficina del sistema de retiro para obtener más información.

Hijos casados	Hijos casados (pero NO sus cónyuges ni sus hijos) están cubiertos hasta que cumplan 26 años de edad.
Niños que tienen o son elegibles para el seguro de salud de sus patronos	Niños que son elegibles o tienen cubierta bajo el seguro de salud de sus patronos están cubiertos hasta que cumplan 26 años de edad.

Los recién nacidos de hijos dependientes están asegurados solo para el cuidado de enfermería rutinario durante la porción cubierta de la estadía de la madre en el hospital.

Usted puede encontrar información adicional en www.opm.gov/healthcare-insurance.

- **Ley de equidad para los niños**

La *OPM* ha implantado la Ley de Equidad para los Niños del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales de 2000. Esta ley exige que usted se suscriba a la opción de Pareja o Familiar bajo FEHB, si usted es un empleado sujeto a una orden judicial o administrativa que lo obligue a proveer cubierta de seguro de salud para su(s) hijo(s).

Si esta ley le aplica, usted tiene que suscribirse a la opción de Pareja o Familiar de un Plan que provea beneficios completos en el área donde viven sus hijos, o debe presentar evidencia en la oficina de personal de su agencia de que usted ha obtenido otra cubierta de salud para sus hijos. Si no lo hace, la oficina de personal de su agencia lo suscribirá involuntariamente de la siguiente manera:

- Si no tiene cubierta FEHB, la oficina de personal de su patrono lo suscribirá a la cubierta de Pareja o Familiar, según sea apropiado, en la opción más económica del plan a nivel nacional, según determine la OPM.
- Si ya tiene cubierta Individual en un Plan que reembolsa basándose en una tarifa por servicio (*fee for service*) o está suscrito a un *HMO* que sirve al área donde viven sus hijos, la oficina de personal de su agencia cambiará su suscripción a Pareja o Familiar, según corresponda, en la misma opción del mismo Plan.
- Si usted está suscrito en un plan *HMO* que no presta servicios en el área donde los niños viven, la oficina de su patrono cambiará su suscripción a la cobertura de pareja (Self Plus One) o familiar (Self Plus Family), según sea apropiado, en la opción más económica de plan a nivel nacional, según determine la OPM.

Mientras la orden judicial o administrativa esté en vigor y usted tenga por lo menos un hijo elegible para el Programa FEHB identificado en la orden, usted no podrá cancelar su suscripción, cambiar a un Plan Individual o cambiar a un Plan que no brinde servicios en el área donde vive el niño, a menos que someta documentación que establezca que tiene cubierta adecuada para sus hijos.

Si la orden judicial o administrativa sigue en vigor cuando usted se pensiona y tiene por lo menos un hijo elegible bajo el Programa FEHB, usted tiene que continuar su cubierta (si sigue siendo elegible) y no puede cancelarla, cambiar a un Plan Individual o cambiar a un Plan que no preste servicios en el área donde viven sus hijos mientras esté en vigor la orden judicial o administrativa. Igualmente, usted no puede cambiar a una cubierta de Pareja si la orden judicial o administrativa identifica más de un hijo. Comuníquese con la oficina de personal de su agencia para más información.

- **¿Cuándo comienzan los beneficios y el pago de primas?**

Los beneficios descritos en este folleto son efectivos al 1 de enero. Si usted se suscribió al Plan durante el periodo de suscripción, su cubierta y primas comienzan el primer día del primer período de pago que comienza en o después del 1 de enero. **Si cambió de Plan o de opción durante el Período Anual de Suscripción y usted recibe cuidado entre el 1 de enero y la fecha de efectividad bajo su nuevo Plan u opción, sus reclamaciones serán pagadas bajo las disposiciones para el año 2019 de su Plan u opción anterior.** Sin embargo, si su Plan anterior dejó de participar en el Programa FEHB al finalizar el año, usted estará cubierto bajo las disposiciones del Plan anterior para el año 2018 hasta la fecha de efectividad del Plan nuevo. Para los pensionados, la cubierta y primas comienzan el 1 de enero. Si usted se acoge al Plan durante cualquier otro período del año, la oficina de personal de su agencia le informará la fecha de efectividad de su cubierta.

Si su suscripción continúa después de que usted ya no sea elegible para la cubierta (por ej., se ha separado del servicio Federal) y las primas no son pagadas, usted será responsable de todos los servicios pagados durante el periodo en que no se haya pagado primas. Su proveedor le facturará directamente por los servicios recibidos. Usted puede ser procesado por fraude por utilizar intencionalmente los beneficios de su seguro de salud para los que no ha pagado las primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un miembro de la familia ya no es elegible para usar su cubierta de seguro de salud.

- **Cuando usted se jubile**

Cuando se pensiona, usted usualmente puede continuar en el Programa FEHB. Por lo general, usted debe haber estado suscrito al Programa FEHB durante los últimos cinco años de su servicio Federal. Si no cumple con este requisito, usted puede ser elegible para otras alternativas de cubierta, como la continuación de cubierta temporal (TCC, por sus siglas en inglés).

Cuando pierde los beneficios

- **Cuando termina la cubierta de FEHB**

Usted tendrá 31 días adicionales de cubierta, sin pagar prima adicional, cuando:

- Su suscripción termina, a menos que usted cancele su suscripción; o
- Usted es un miembro de la familia que ya no es elegible para la cubierta.

Cualquier persona cubierta bajo la extensión de 31 días que esté recluido en un hospital o cualquier otra institución para cuidado o tratamiento el día 31 de la extensión temporal, tiene el derecho de continuar su reclusión, pero no más de 60 días después del final de la extensión temporal de 31 días.

Usted podría ser elegible para la cubierta de equidad de cónyuges o asistencia para suscribirse a una póliza de conversión (una póliza individual que no está bajo FEHB).

- **Al divorciarse**

Si usted se divorcia de un empleado o pensionado Federal, usted no puede continuar recibiendo beneficios bajo la cubierta de su ex-cónyuge. Esto es así aun cuando haya una orden judicial ordenando a su ex-cónyuge que le provea cubierta de salud. Sin embargo, usted puede ser elegible para la cubierta del Programa FEHB bajo la Ley de Equidad de Cónyuges o para continuación de cubierta temporal (TCC). Si se ha divorciado recientemente o anticipa un divorcio, comuníquese con la oficina de personal de su ex-cónyuge o al sistema de retiro del pensionado y obtenga información adicional sobre las alternativas disponibles. Usted también puede visitar la página de la OPM en la Internet en <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/plan-information/>.

- **Continuación de Cubierta Temporal (TCC, por sus siglas en inglés)**

Si usted deja el servicio Federal, empleo Tribal o pierde el derecho a estar cubierto por el seguro porque ya no es elegible como asegurado del grupo familiar, usted podría ser elegible para continuación de cubierta temporal (TCC, por sus siglas en inglés). Por ejemplo, usted puede elegir TCC si no puede seguir en el Programa FEHB cuando se pensiona, si pierde su trabajo Federal o empleo Tribal, si es un dependiente niño que estaba cubierto y cumple 26 años, etc.

Usted no puede elegir TCC si ha sido despedido de su trabajo Federal o Tribal por mala conducta grave.

¿Cómo suscribirse a TCC? Obtenga de la oficina de personal o de asuntos para pensionados el folleto RI 79-27, el cual describe TCC a través de www.opm.gov/healthcare-insurance. Estos explican qué debe hacer para suscribirse.

Como una alternativa, usted puede comprar cobertura a través del Mercado de Seguro de Salud en el que, de acuerdo con sus ingresos, usted podría ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce sus primas mensuales. Visite www.HealthCare.gov para comparar los planes y ver sus primas, deducibles y gastos de su bolsillo antes de tomar la decisión de suscribirse. Por último, si usted cualifica para la cubierta bajo otro plan de salud grupal (p. ej., el plan de su cónyuge), es posible que pueda suscribirse a este plan, siempre y cuando usted aplique dentro de los 30 días luego de haber perdido la cubierta FEHBP.

- **Cambio a cubierta individual**

Usted puede cambiar a una póliza individual que no es parte del programa FEHB si:

- Su cubierta bajo TCC o bajo la cubierta de ex-cónyuge termina. (Si canceló la cubierta o no pagó las primas, no puede cambiar);
- Usted decidió no recibir su cubierta bajo TCC o la cubierta de ex-cónyuge; o
- Usted no es elegible bajo TCC o bajo la cubierta de ex-cónyuge.

Si usted deja el servicio Federal o Tribal, la agencia que le emplea le notificará su derecho a convertir su póliza. Usted debe solicitárnoslo por escrito dentro de los 31 días siguientes al recibo de esta notificación. Sin embargo, si usted es un miembro de la familia que está perdiendo su cubierta, la oficina de empleo o de pensionados **no** se lo notificará. Usted debe solicitarlo por escrito dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que usted ya no es elegible para cubierta.

Sus beneficios y tarifas serán diferentes a aquellas bajo el Programa FEHB; sin embargo, usted no tendrá que contestar ninguna pregunta sobre su salud, un periodo de espera no se le impondrá y su cubierta no estará limitada por condiciones preexistentes. Cuando usted se comunique con nosotros, le asistiremos en obtener información sobre los beneficios de salud cubiertos dentro y fuera de la ACA en su estado. Para asistencia en conseguir su cubierta, llámenos al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU., o visite nuestra página web www.ssspr.com.

- **Mercado de Seguros Médicos**

Si usted desea adquirir un seguro de salud a través del Mercado de Seguros de Salud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), visite www.HealthCare.gov. Esta página es provista por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la cual proporciona información actualizada sobre el mercado.

Sección 1. Cómo funciona este plan

Este Plan es una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés). La OPM requiere que los planes FEHB estén acreditados para garantizar que las operaciones del plan y/o manejo de cuidado cumplan con los estándares nacionales reconocidos. Triple-S Salud está acreditado por URAC. Para conocer más sobre la acreditación del plan, por favor, visite nuestra página web: www.ssspr.com. Le requerimos que usted visite aquellos médicos, hospitales y otros proveedores que tengan contrato con nosotros. Estos proveedores del Plan coordinan sus servicios de cuidado de salud. Nosotros somos los responsables de la selección de estos proveedores en su área. Comuníquese con nosotros para una copia de su directorio de proveedores más reciente.

Los Planes HMO enfatizan el cuidado preventivo tal como visitas rutinarias a la oficina del médico, exámenes físicos, cuidado a los bebés saludables e inmunizaciones, además del tratamiento para enfermedades y lesiones. Nuestros proveedores siguen las prácticas médicas generalmente aceptadas cuando recetan algún curso de tratamiento.

Los beneficios que se ofrecen bajo este Plan podrán ser modificados por Triple-S Salud para autorizar el pago de métodos de tratamiento o terapias que, aunque el Plan no las provea, no están prohibidas por ley o reglamento, si de algún modo ese método o terapia es tan costo-efectivo como proveer beneficios a los cuales los asegurados del Plan tienen derecho.

Cuando usted reciba servicios de los proveedores del Plan, usted no tendrá que presentar hojas de reclamación ni pagar facturas. Usted solo tendrá que pagar los copagos y coseguros que se describen en este folleto. Cuando usted reciba servicios de emergencia de proveedores que no tienen contrato con el Plan, usted tendrá que someter formularios de reclamación.

Usted debe suscribirse a un plan HMO porque prefiere los beneficios del Plan y no porque un proveedor en particular esté disponible. Usted no podrá cambiar de Plan solo porque un proveedor deje nuestro Plan. No podemos garantizarle que un médico, hospital u otro proveedor estará disponible o continuará bajo contrato con nosotros.

Quién provee mi cuidado de salud

Triple-S Salud es un Plan de práctica individual de pago anticipado. Usted puede recibir cuidado de cualquier proveedor del Plan. Un proveedor del Plan es un doctor en medicina (M.D.) con licencia para ejercer su práctica en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o en las Islas Vírgenes de EE.UU., quien ha aceptado las tarifas establecidas por Triple-S Salud como pago total por cirugía o ciertos servicios. Si usted recibe servicios de un proveedor fuera del Plan, usted tendrá que pagar la cantidad total por los servicios recibidos y Triple-S Salud le reembolsará basándose en sus tarifas establecidas. Un proveedor fuera del Plan es un doctor en medicina (M.D.) licenciado que no tiene contrato con el Plan. Los proveedores que no tienen contrato con el Plan no tienen la obligación de aceptar las tarifas establecidas por Triple-S Salud como pago total. La mayoría de los proveedores en Puerto Rico son proveedores del Plan.

Usted también puede recibir servicios de un hospital del Plan. Un hospital del Plan es un hospital general que tiene licencia para operar en Puerto Rico o en las Islas Vírgenes de EE.UU. que ha firmado un contrato con Triple-S Salud o la Blue Cross Blue Shield para prestar servicios hospitalarios a los asegurados de Triple-S Salud. Un hospital fuera del Plan es cualquier institución con licencia que no es un hospital del Plan y que se dedica primordialmente a ofrecer diagnóstico y tratamiento a pacientes en cama bajo la supervisión de médicos con servicio de enfermeras graduadas las 24 horas del día. Usted tendrá que pagar cualquier diferencia entre los cargos del hospital no-proveedor del Plan y la cantidad que Triple-S Salud le paga a usted.

Los beneficios que usted recibe en Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE.UU. se pagan de acuerdo con la escala de tarifas por servicios médicos de Triple-S Salud en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.. Esta es la escala de las tarifas establecidas en la cual se basa el pago del Plan por los gastos por servicios médicos cubiertos cuando los servicios se prestan dentro del área de servicio. Cuando se presten servicios de emergencia fuera del área de servicios, este Plan pagará basándose en los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se preste el servicio o de acuerdo con las tarifas del Plan local de la Blue Cross Blue Shield. Cuando precertifiquemos los servicios que usted recibe fuera del área de servicio, pagaremos los servicios cubiertos de acuerdo con: 1) los cargos, usuales, acostumbrados y razonables del área donde se prestaron los servicios; 2) las tarifas del Plan local de la Blue Cross Blue Shield; 3) las tarifas establecidas por Triple-S Salud. La precertificación escrita que le proveemos a usted y al proveedor indicará las tarifas que usaremos. Cuando usted reciba servicios cubiertos fuera del área de servicio que no son de emergencia ni

están precertificados, reembolsaremos el 90% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud luego de descontar cualquier copago o coaseguro que aplique. Usted será responsable de los cargos facturados por los servicios.

Para servicios recibidos por un empleado debido a una Asignación de Trabajo Temporal (*Temporary Duty Assignment*, o TDY, por sus siglas en inglés), Triple-S Salud pagará de acuerdo con las tarifas usuales, acostumbradas y razonables del área donde se prestaron los servicios. La Agencia debe proveer una carta oficial notificando a Triple-S Salud la Asignación de Trabajo Temporal (TDY). Los servicios se cubrirán por un periodo de hasta un máximo de **tres (3) meses**.

Triple-S Salud pagará por los servicios recibidos por dependientes que sean estudiantes a tiempo completo en una institución reconocida en Estados Unidos, de acuerdo con las tarifas usuales, acostumbradas y razonables para el área donde se prestaron los servicios. El (La) joven debe presentar una certificación de la institución educativa reconocida en la que él/ella esté matriculado(a) a tiempo completo para obtener un grado asociado, un bachillerato o estudios graduados (p. ej., una maestría) bajo ciertos criterios de la institución donde el (la) joven estudia, cada semestre, cuatrimestre o trimestre, según aplique. El mismo beneficio aplica a los estudiantes que entren en TCC por su edad, mientras sean estudiantes a tiempo completo.

Tenemos libre acceso a beneficios (*Open Access*)

Nuestro Plan HMO ofrece libre acceso a los beneficios (*Open Access*) en nuestra área de servicio. Esto significa que usted puede recibir los servicios cubiertos de un proveedor participante sin necesitar un referido de su médico primario o de algún otro proveedor participante de nuestra red.

También tenemos beneficios de Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés)

Nuestro HMO ofrece beneficios de Punto de Servicio. Esto significa que usted puede recibir servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red del Plan. Sin embargo, usted pagará costos más altos por estos servicios fuera de la red de los que pagaría si el servicio lo obtuviera de proveedores dentro de nuestra red. Cuando usted recibe servicios fuera de la red, nosotros pagamos el 90% de las tarifas establecidas por los cargos permitidos. Usted es responsable de pagarle al proveedor no participante al momento de recibir los servicios cubiertos, y luego debe llenar una solicitud para reembolso. Nosotros le reembolsaremos a usted directamente por los servicios cubiertos, a menos que el proveedor acepte asignación de beneficios. Usted es responsable de todos los cargos que excedan nuestro pago.

Cómo le pagamos a nuestros proveedores

Nosotros contratamos médicos individuales, grupos de médicos y hospitales para proveer los beneficios que aparecen en este folleto. Estos proveedores del Plan aceptan un pago negociado con nosotros y usted solo será responsable de sus gastos compartidos (copagos, coaseguros, deducibles y servicios no cubiertos). Cuando usted recibe servicios fuera de la red, les reembolsamos a los asegurados en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU. en función de la escala de tarifas por servicios médicos y el asegurado será responsable de pagar hasta los cargos facturados por esos servicios. Cuando se presten servicios de emergencia fuera del área de servicio, este Plan los pagará basándose en los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se prestaron los servicios o de acuerdo con las tarifas del Plan local de la Blue Cross Blue Shield. Cuando precertifiquemos los servicios que usted recibe fuera del área de servicio, pagaremos los servicios cubiertos de acuerdo con: 1) los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se prestaron los servicios; 2) las tarifas del Plan local de la Blue Cross Blue Shield; 3) las tarifas establecidas por Triple-S Salud. La precertificación escrita que le proveemos a usted y al proveedor indicará las tarifas que usaremos. Cuando usted reciba servicios cubiertos fuera del área de servicio que no son de emergencia ni están precertificados, reembolsaremos el 90% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud luego de descontar cualquier copago o coaseguro que aplique. Usted será responsable de los cargos facturados por los servicios.

Sus derechos y responsabilidades

La OPM requiere que todos los Planes FEHB les provean cierta información a sus asegurados de FEHB. Usted puede obtener información sobre nosotros, nuestras redes y nuestros proveedores. El portal de Internet de FEHB de la OPM, www.opm.gov/insure, detalla el tipo de información que debemos proveerle. A continuación, se detalla alguna de la información requerida:

- Triple-S fue fundada por un grupo de médicos y dentistas en el 1959, y ha sido una opción de seguro de salud para los empleados y retirados Federales desde el 1962.

- Triple-S es un concesionario independiente de la Blue Cross Blue Shield Association (BCBS). Triple-S Management Corporation es una compañía pública que canjea sus acciones en el mercado de valores del New York Stock Exchange bajo el símbolo de GTS.

Usted también tiene derecho a una amplia gama de protecciones al consumidor y tiene responsabilidades específicas como miembro de este Plan. Puede ver la lista completa de estos derechos y responsabilidades visitando nuestra página de Internet, Triple-S Salud, en www.ssspr.com. También puede comunicarse con nosotros para solicitar que le enviemos una copia por correo.

Si desea más información sobre nosotros, puede llamar al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU., o puede escribir al PO Box 363628, San Juan, Puerto Rico 00936-3628. También puede visitar nuestra página de Internet de Triple-S Salud en www.ssspr.com.

Por ley, usted tiene el derecho de acceder su información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre el acceso a PHI y para obtener la Notificación de Prácticas de Privacidad, visite nuestra página de Internet de Triple-S Salud en www.ssspr.com. También puede comunicarse con nosotros para solicitar que le enviemos una copia de esa Notificación.

Sus reclamaciones y expedientes médicos son confidenciales

Nosotros mantendremos la confidencialidad de sus expedientes médicos y reclamaciones. Por favor, tenga en cuenta que nosotros podremos revelar la información de sus reclamaciones y récords médicos (incluye la utilización de medicamentos con receta) a cualquier médico que le esté tratando para alguna condición o farmacia que despache sus medicamentos.

Área de Servicio

Para suscribirse a este Plan, usted y sus dependientes deben residir en nuestra área de servicio. Es aquí donde nuestros proveedores tienen su práctica. Nuestra área de servicio se limita a Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Usualmente, usted obtiene su cuidado de salud de proveedores que tienen contrato con nosotros. Si obtiene cuidado fuera de nuestra área de servicio, nosotros pagaremos por sus beneficios de cuidado cubiertos basándonos en las tarifas usuales, acostumbradas y razonables del área donde el servicio fue prestado, o de acuerdo con las tarifas del Plan Local de la Blue Cross Blue Shield. Cuando precertifiquemos los servicios que usted recibe fuera del área de servicio, pagaremos los servicios cubiertos de acuerdo con: 1) los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se prestaron los servicios; 2) las tarifas del Plan local de la Blue Cross Blue Shield; 3) las tarifas establecidas por Triple-S Salud. La precertificación escrita que le proveemos a usted y al proveedor indicará las tarifas que usaremos. Cuando usted reciba servicios cubiertos fuera del área de servicio que no son de emergencia ni están precertificados, reembolsaremos el 90% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud luego de descontar cualquier copago o coaseguro que aplique. Usted será responsable de los cargos facturados por los servicios. Cuando los servicios prestados fuera del área de servicio no están precertificados, usted es responsable de pagar directamente a los proveedores no participantes los servicios cubiertos y el Plan le reembolsará a usted según las tarifas establecidas luego de aplicarle el copago o el coaseguro.

Si usted o un asegurado de su familia, cubierto por el Plan, se muda fuera de nuestra área de servicio, usted puede suscribirse a otro Plan. Si sus dependientes viven fuera del área (p. ej., si su hijo va a la universidad en otro estado), usted debe considerar suscribirse a un Plan de pago-por-servicio o en un Plan HMO que tenga contratos con afiliados en otras áreas. Este plan ofrece reciprocidad con la red de Blue Cross Blue Shield a través del Programa *Blue Card* sujeto a los términos y condiciones de este plan. Si usted o un asegurado de su familia se muda, usted no tiene que esperar al próximo Período de Renovación para cambiar de Plan. Comuníquese con la oficina de la agencia que le emplea o la de retiro.

Sección 2. Cambios para el 2019

No dependa solo de la descripción de estos cambios; esta Sección no es una declaración oficial de beneficios. Para ello, consulte la Sección 5, *Beneficios*. También, hemos editado y aclarado el lenguaje en todo el folleto; cualquier cambio en lenguaje que no aparezca solamente se trata de una aclaración que no afecta los beneficios.

Cambios a este plan

- Ahora cubrimos Naloxone con \$0.00 de copago. Anteriormente, usted pagaba \$2.00 de copago. Ver página xx.
- Ahora cubrimos la vacuna Shingrix para mayores de 50 años de edad con \$0.00 de copago. Anteriormente, esta vacuna no estaba cubierta. Ver página xx.
- Estamos ofreciendo el programa de Análisis Oncológico. Este es un programa integral de administración de beneficios oncológicos que proporciona apoyo en la toma de decisiones clínicas sobre medicamentos oncológicos, radioterapia y pruebas moleculares y genéticas. Anteriormente, este programa no estaba disponible. Ver página xx.

Sección 3. Cómo obtener su cuidado médico

Tarjetas de Identificación

Le enviaremos una tarjeta de identificación cuando se suscriba. Usted debe llevar esa tarjeta de identificación con usted todo el tiempo. Usted debe mostrar la tarjeta siempre que reciba servicios de un proveedor del Plan o compre una receta en una farmacia del Plan. Su tarjeta de identificación no tiene fecha de expiración para asegurar la continuidad de los servicios y evitar que tenga que esperar por una tarjeta nueva. Hasta que reciba su tarjeta de identificación del Plan, usted podrá usar su Formulario de Selección de Beneficios, SF 2809, su carta de confirmación de suscripción al Plan de beneficios de salud (para jubilados pensionados) o la carta de confirmación del sistema de suscripción electrónico (como el *Employee Express*).

Si usted no recibe su tarjeta de identificación del Plan dentro de 30 días luego de que su suscripción entrara en vigor, o si necesita reemplazo de sus tarjetas, llámenos al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) si llama desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU., o escríbanos a Triple-S Salud, Departamento de Servicio al Cliente, 1441 Avenida Roosevelt, San Juan, Puerto Rico 00920. Usted también puede solicitar el reemplazo de tarjetas a través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com.

Dónde puede obtener los servicios cubiertos

Usted puede obtener su cuidado de los Proveedores del Plan y las Instalaciones Participantes. Usted solo pagará los copagos y/o coaseguros. Si usted usa nuestro programa de punto-de-servicio, también podrá obtener cuidado de proveedores que no tienen contrato con el Plan, pero le costará más. Si usted usa nuestro Programa de Acceso Libre (Open Access), usted podrá recibir los servicios cubiertos de un proveedor participante sin necesidad de un referido de su médico de cabecera o de algún proveedor participante dentro de la red.

- **Proveedores del Plan**

Los proveedores del Plan son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud en nuestra área de servicio que hemos contratado para ofrecer los servicios cubiertos a nuestros asegurados. Nosotros evaluamos las credenciales de nuestros proveedores de acuerdo con los estándares nacionales.

Incluimos nuestros proveedores en el directorio de proveedores, el cual actualizamos periódicamente. Esta lista también está disponible en nuestro portal de Internet.

- **Facilidades del Plan**

Las instalaciones del Plan son los hospitales y otras instalaciones en nuestra área de servicio que hemos contratado para proveer los servicios cubiertos a nuestros asegurados. Estos proveedores están incluidos en el directorio de proveedores, el cual actualizamos periódicamente. Esta lista también aparece en nuestro portal en Internet.

Red de Hospitales de Cuidado Coordinado

Personal de Triple-S está localizado en los hospitales dentro de esta red para poder proveerle de material educativo y coordinar servicios para usted, tales como:

- Proceso de admisión
- Precertificaciones
- Visitas al médico luego de haber sido dado de alta

Para conocer cuáles hospitales dentro de la red proveen estos servicios, refiérase a su directorio de proveedores.

- **Otros Proveedores**

Proveedores no participantes del Plan son médicos, grupos médicos o proveedores que no tienen contrato activo con Triple-S, pero que son profesionales de la salud y proveedores de servicios cubiertos por el plan. Usualmente reembolsamos pagando de acuerdo con las tarifas establecidas por nosotros.

Refiérase a la Sección 1, *Cómo funciona este plan*, bajo *Cómo le pagamos a nuestros proveedores*, para más información sobre el reembolso a proveedores no participantes.

Qué debe hacer para obtener servicios cubiertos

Para servicios de podiatras y quiropráctica, ofrecemos la alternativa de pagar por estos servicios usando la Asignación de Beneficios. Con solo llenar el formulario CMS 1500, le podemos pagar directamente al quiropráctico o al podiatra por estos servicios, una vez el asegurado nos de su autorización.

Eso depende del tipo de cuidado que usted necesite. Primero, usted y cada asegurado de su familia deben escoger un médico de cabecera. Esta decisión es importante ya que el médico de cabecera es el que le proveerá o le coordinará la mayor parte de su cuidado de salud.

- **Cuidado Primario**

Su médico generalista puede ser, por ejemplo, un médico de familia. Su médico le proveerá la mayor parte de su cuidado médico o le referirá a un especialista.

Si usted desea cambiar su médico generalista o si su médico generalista deja el Plan, llámenos. Le ayudaremos a escoger otro.

- **Cuidado Especializado**

Su médico de cabecera le referirá a un especialista para el cuidado necesario. Sin embargo, usted puede ver a un especialista sin un referido.

A continuación, detallamos otras cosas que usted debe saber sobre cuidado especializado:

- Si usted está viendo un especialista y su especialista abandona el Plan, llámenos. Le proveeremos una lista de especialistas en su área. Usted podrá continuar recibiendo servicios de su médico especialista hasta que podamos hacer los arreglos para que usted vea otro médico.
- Si usted tiene una condición crónica o incapacitante y pierde acceso a su especialista porque nosotros:
 - terminamos nuestro contrato con su especialista por alguna razón;
 - nos damos de baja del Plan de Beneficios de Salud de los Empleados Federales (FEHB) y usted se suscribe a otro Plan FEHB; o
 - redujimos nuestra área de servicio y usted se suscribe a otro Plan FEHB;

Usted podrá continuar viendo su especialista hasta por 90 días luego de que reciba la notificación de cambio. Comuníquese con nosotros o, si nos damos de baja del Plan, comuníquese con su nuevo Plan.

- Si usted está en el segundo o tercer trimestre de embarazo y pierde acceso a su especialista por las circunstancias antes mencionadas, usted podrá continuar viendo su especialista hasta el final del cuidado post parto, aun si excede los 90 días.

- **Cuidado Hospitalario**

Su médico de cabecera o especialista del Plan hará los arreglos necesarios con el hospital y supervisará su cuidado. Esto incluye la admisión a un centro de enfermería especializada o cualquier otro tipo de instalación.

- **Si usted está hospitalizado cuando su póliza entra en vigor**

Nosotros pagaremos por los servicios cubiertos desde la fecha de efectividad de su suscripción. Sin embargo, si usted está en el hospital cuando su suscripción al Plan se hace vigente, llame inmediatamente a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) si llama desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU.. Si usted es nuevo en el Programa FEHB, nosotros haremos los arreglos para que usted reciba el cuidado que necesita y proveeremos los beneficios de sus servicios cubiertos mientras está hospitalizado, comenzando en la fecha de efectividad de su cubierta.

Si usted cambió de otro Plan FEHB a nosotros, su Plan anterior pagará por la estancia en el hospital hasta:

- que usted sea dado de alta, y no simplemente trasladado a un centro de cuidado alternativo;
- el día que los beneficios de su Plan anterior terminen; o
- el día 92 después que su cubierta del Plan entre en vigor, lo que ocurra primero.

Estas estipulaciones aplican solo a los beneficios de una persona hospitalizada. Si su Plan termina su participación en el Programa FEHB parcial o totalmente, o si la

OPM ordena un cambio en suscripción, esta estipulación de continuación de cubierta no aplica. En dichos casos, los beneficios del familiar hospitalizado en virtud del nuevo Plan comienzan en la fecha de efectividad de la cubierta.

Usted necesita autorización previa para algunos servicios

Como su médico participante coordina hospitalizaciones y la mayoría de los referidos a especialistas, el proceso de aprobación de reclamaciones pre-servicio solo aplica a cuidado descrito abajo Otros servicios, o a cuidado fuera de la red cuando usted se auto refiere.

Debe obtener una aprobación previa para ciertos servicios. El no hacerlo resultará en la denegación del servicio.

- Admisión hospitalaria

Precertificación es el proceso por el cual nosotros evaluamos la necesidad médica y los días propuestos para la estadía hospitalaria para tratar su condición.

- Otros servicios

Su médico generalista le podrá referir a la mayoría de los servicios. Sin embargo, para ciertos servicios, su médico del Plan deberá obtener nuestra aprobación. Antes de darle nuestra aprobación, consideramos si el servicio está cubierto, es médicamente necesario y sigue las directrices generalmente aceptadas de la práctica de la medicina. Nosotros le llamamos a esto precertificación de evaluación y aprobación. Llámenos al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) si llama desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU..

Le proveeremos los beneficios solo cuando sean médicamente necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad o condición. Usted o su proveedor del Plan debe obtener autorización de este Plan para los beneficios o servicios a continuación:

- Servicios fuera del Área de Servicio, excepto en emergencias; precertificaremos servicios fuera del Área de Servicio, lo que incluirá la determinación de pago, solo para aquellos servicios que no estén disponibles en Puerto Rico
- Medicamentos de quimioterapia, radioterapia y pruebas genéticas
- Renta y compra de equipo médico duradero
- Centro de Cuidado de Enfermería Especializada (SNF)
- Trasplantes de órganos y tejidos (ver Nota al final)
- Litotricia
- Osteotomía
- Mamoplastía
- Terapia con hormonas de crecimiento
- Medicamentos identificados como que requieren precertificación en la Lista de Medicamentos
- Tomografía por Emisión de Positrones (PET y PET-CT)
- Septoplastia
- Rinoplastía
- Blefaroplastia
- Cirugías que se practican en oficinas pero que se harán en un hospital
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida (cirugía bariátrica)
- Válvula de habla para traqueotomía (*tracheostomy speaking valve*)
- Prótesis traqueo esofágica para generar voz (*tracheoesophageal voice prosthesis*)
- Bomba de insulina y/o suministros

- Reemplazo de implantes

Nota: Existe un proceso especial de autorización previa en los casos de trasplantes. Para ser considerado para un trasplante de órgano/tejido, el asegurado debe:

- tener un diagnóstico que indique que necesita un trasplante;
- tener un historial médico con documentos recientes que incluyan resultados de laboratorios, exámenes y consultas; y
- cumplir con los criterios clínicos para el trasplante.

Puede enviar el referido al Departamento de Manejo de Casos por fax al 787-706-4018/787-774-4824, o por e-mail a manejocasos@ssspr.com. Todos los servicios para trasplante de órgano/tejido requieren autorización previa.

Cuando usted se mantiene dentro de la Red, los proveedores de la red se encargan de tramitar la precertificación por usted. Si usted busca un servicio fuera de la red, su médico, su hospital, usted o su representante debe llamarnos al (787) 774-6081 (TTY (787) 792-1370) desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE.UU. previo a su admisión, o previo a que se reciban los servicios que requieren precertificación.

Cómo solicitar una precertificación para admisión u otros servicios

Luego, debe proveer la siguiente información:

- nombre del asegurado y número de identificación del Plan;
- nombre del paciente, fecha de nacimiento, número de identificación y teléfono;
- razón para la hospitalización, tratamiento sugerido o cirugía;
- nombre y número de teléfono del médico que le admite;
- nombre del hospital o instalación; y
- número de días solicitados para la estadía en el hospital.

- Reclamaciones para cuidados no urgentes

Para reclamaciones de cuidados no urgentes, nosotros le indicaremos al médico o instalación el cuidado que certificamos para servicios que requieren precertificación. Tomaremos nuestra decisión dentro de 15 días siguientes a la fecha de recibo de la reclamación de pre-servicio. Si circunstancias fuera de nuestro control requieren una extensión de tiempo, podríamos tomar hasta 15 días adicionales para la evaluación y le notificaremos de la necesidad de la extensión de tiempo antes que se haya cumplido el periodo inicial de 15 días. Nuestra notificación indicará las circunstancias que motivan la solicitud de extensión y la fecha en la cual se espera una determinación.

Si necesitamos una extensión porque usted no ha enviado información requerida, nuestra notificación describirá la información específica requerida y le permitiremos hasta 60 días desde la fecha de recibo de la notificación para que provea la información.

- Reclamaciones para cuidados urgentes

Si usted tiene una reclamación de servicio urgente (i.e., cuando una espera regular para recibir su tratamiento o cuidado médico pueda poner en peligro su vida, salud, o habilidad de recuperar una función máxima, o en la opinión de un médico con conocimiento de su condición, lo sometería a dolor severo que no se podría manejar adecuadamente sin ese tratamiento o servicio), revisaremos su reclamación de manera expedita y le notificaremos nuestra decisión dentro de 72 horas. Si usted solicita que revisemos su reclamación como una reclamación para cuidado urgente, revisaremos la documentación que usted provea y determinaremos si se trata de una reclamación urgente o no, aplicando el juicio de una persona prudente que posea un conocimiento promedio de salud y medicina.

Si usted no provee suficiente información, nos comunicaremos con usted dentro de las próximas 24 horas luego de haber recibido la reclamación y le notificaremos la información específica que necesitamos para completar nuestra revisión. Usted tendrá las próximas 48 horas para proveer la información requerida. Tomaremos

nuestra decisión sobre la reclamación dentro de las 48 horas a partir de: (1) la fecha en que recibimos la información adicional o (2) el final del plazo, lo que ocurra primero.

Podemos comunicarle nuestra decisión oralmente dentro de estos plazos, pero enviaremos una notificación por escrito o electrónica dentro de tres días luego de haberle notificado oralmente.

Usted puede solicitar que su reclamación urgente de apelación sea revisada simultáneamente por nosotros y la OPM. Por favor notifiquenos si le interesa una revisión simultánea de su reclamación urgente por la OPM por escrito al momento de apelar nuestra decisión inicial, o llamando al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico o 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE.UU.. Además, puede llamar a *Health Insurance 2* de la OPM al (202) 606-3818, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del este, para solicitar la revisión simultánea. Nosotros cooperaremos con la OPM para que puedan evaluar su reclamación de apelación rápidamente. Además, si usted no indicó que su reclamación era de cuidado urgente, llámenos al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico o 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE.UU.. Si se determina que su reclamación es de cuidado urgente, nosotros aceleraremos nuestra evaluación (si aun no hemos respondido a su reclamo).

- Reclamaciones de cuidado concurrente

Una reclamación de cuidado concurrente envuelve un cuidado provisto durante un periodo de tiempo o por cierta cantidad de tratamientos. Vamos a tratar cualquier reducción o terminación de nuestro curso de tratamiento pre-aprobado antes de que finalice el período aprobado o número de tratamientos como una decisión apelable. Esto no incluye la reducción o terminación debido a cambios en beneficios o si su suscripción termina. Si creemos que una reducción o terminación está justificada, le daremos tiempo suficiente para apelar y obtener nuestra decisión antes de que la reducción o terminación entre en efecto.

Si usted solicita una extensión a un tratamiento en curso, al menos 24 horas antes de que expire el período de tiempo aprobado y esto también sea un reclamo de atención urgente, nosotros tomaremos una decisión dentro de 24 horas luego de haber recibido la reclamación.

- Admisión hospitalaria de emergencia

Si usted tiene una admisión hospitalaria de emergencia debido a una condición que usted entiende pone su vida en peligro o pueda causar daños serios al funcionamiento de su cuerpo, usted, su representante, el médico o el hospital nos debe llamar dentro de dos días laborables luego de la admisión hospitalaria de emergencia, aunque le hayan dado de alta del hospital.

- Cuidado de maternidad

Usted no necesita precertificar su alumbramiento normal. Si usted se encuentra fuera del área de servicio, por favor refiérase a la Sección 5(d), *Beneficios de emergencia*, para información.

- Si hace falta extender su tratamiento

Si usted solicita una extensión de un tratamiento en curso al menos 24 horas antes de que expire el plazo aprobado y que además se trate de una reclamación de servicio urgente, nosotros tomaremos una decisión dentro de 24 horas luego de haber recibido la reclamación.

Revisaremos su tratamiento. En caso de que determinemos que no es médicamente necesario y/o que está sujeto a las exclusiones, usted será responsable de todos los cargos.

Qué ocurre cuando usted no sigue las reglas de precertificación al utilizar proveedores fuera de la red

Si usted tiene una **reclamación pre-servicio** y no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la precertificación de una admisión o aprobación de otros servicios,

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la reclamación pre-servicio

usted puede solicitar una revisión de acuerdo con el proceso que se detalla a continuación.

Si usted ya recibió el servicio, suministro o tratamiento, tiene una **reclamación post-servicio** y debe seguir el proceso de disputa de reclamaciones detallado en la Sección 8.

- Para reconsiderar una reclamación no urgente

Usted puede solicitar que reconsideremos nuestra decisión inicial dentro de 6 meses a partir de la determinación inicial. Siga el paso 1 del proceso de disputa de reclamaciones detallado en la Sección 8 de este folleto.

En el caso de una reclamación **pre-servicio**, y sujeto a una solicitud de información adicional, tenemos 30 días desde la fecha que recibimos su solicitud de reconsideración por escrito para lo siguiente:

1. Precertificar su hospitalización o, si aplica, coordinar para que el proveedor de salud le brinde el cuidado, o autorizar su solicitud de autorización previa para el servicio, medicamento o suministro.
2. Solicitar información adicional a usted o su médico.

Usted o su proveedor debe enviar la información para que la recibamos dentro de 60 días a partir de nuestra solicitud. Tomaremos una decisión en el transcurso de los 30 días siguientes.

Si no recibimos la información dentro de los 60 días, tomaremos una decisión dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha del vencimiento para recibir la información. Nuestra decisión se basará en la información que ya tenemos. Nosotros le enviaremos nuestra decisión por escrito.

3. Escribirle y mantener nuestra denegación.

En el caso de una apelación a una reclamación pre-servicio urgente, dentro de los 6 meses de nuestra denegación inicial, usted puede solicitar por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Siga el paso 1 del proceso de disputa de reclamaciones detallado en la Sección 8 de este folleto.

- Para reconsiderar una reclamación urgente

A menos que le solicitemos información adicional, le notificaremos nuestra decisión dentro de 72 horas luego de recibir su solicitud de reconsideración. Aceleraremos el proceso de evaluación, el cual permite solicitudes de apelación orales o por escrito y el intercambio de información por teléfono, correo electrónico, facsímil o otros métodos expeditos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, luego de que hayamos reconsiderado su **reclamación pre-servicio**, puede solicitarle a la OPM que la revise siguiendo el paso 3 del proceso de disputa de reclamaciones detallado en la Sección 8 de este folleto.

- Para solicitar una apelación ante la OPM

Bajo ciertas circunstancias extraordinarias como, por ejemplo, un desastre natural, es posible que tengamos que retrasar sus servicios o que no se los podamos proveer. En tal caso, haremos todos los esfuerzos posibles para proveerle el cuidado necesario.

Circunstancias más allá de nuestro control

Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos

Usted será responsable de pagar lo siguiente por los servicios cubiertos:

Costo Compartido

El costo compartido es el término general que se usa para referirse a los costos que usted paga de su bolsillo (p. ej., deducibles, coaseguros y copagos) por los servicios cubiertos que usted recibe.

Copago

Un copago es una cantidad fija de dinero que usted le paga al proveedor, instalación, farmacia, etc. cuando recibe ciertos servicios.

Ejemplo: Cuando usted ve su especialista usted paga un copago de \$10 por cada visita a la oficina.

Coaseguro

El coaseguro es el por ciento de nuestras tarifas negociadas que usted debe pagar por su cuidado.

Ejemplo: En nuestro Plan, usted paga 20% de nuestra tarifa para pruebas de diagnóstico.

Diferencias entre la aportación del plan y la factura

Cuando usted recibe servicios de proveedores participantes, usted disminuye su responsabilidad por los servicios cubiertos. Cuando recibe servicios cubiertos de proveedores no participantes, usted es responsable de la diferencia entre la aportación del plan y el cargo facturado.

Su protección catastrófica de desembolso máximo para coaseguros y copagos

Luego de que sus copagos y coaseguro para servicios cubiertos dentro de la red totalicen \$6,600 bajo el contrato Individual, usted no tendrá que pagar más coaseguros o copagos por servicios cubiertos que usted reciba el resto del año. El desembolso máximo bajo los contratos de Pareja o Familiar es de \$13,200 combinado para servicios cubiertos que usted y cualquier miembro de su familia reciba dentro de la red, pero no excederá \$6,600 por persona.

Los siguientes gastos no acumulan para el desembolso máximo y usted debe continuar pagando por estos servicios:

- La diferencia entre nuestras tarifas negociadas del Plan y los cargos facturados por un servicio o suministro cubierto;
- El costo de servicios o suministros no cubiertos; y,
- El coaseguro que usted paga cuando utiliza proveedores fuera de la red del Plan.

Transferencia de un Plan a otro (*carryover*)

Si usted se cambió a este Plan, durante el periodo de suscripción, de un Plan con cubierta catastrófica y la fecha de efectividad del cambio fue después del 1ro de enero, cualquier gasto que hubiese aplicado al beneficio de la cubierta catastrófica de ese Plan será cubierta por su antiguo Plan, si usted recibió el servicio antes de la fecha de efectividad de la cubierta bajo este Plan. Si usted alcanza el nivel de protección de beneficios de su cubierta catastrófica en su totalidad, este continuará aplicando hasta la fecha de efectividad de su cubierta en este Plan. Si usted no ha cubierto este nivel de gasto en su totalidad, su vieja cubierta aplicará los gastos que usted ha pagado de su bolsillo hasta que usted alcance el nivel catastrófico del año anterior, y entonces aplicará el beneficio de protección catastrófica para cubrir los gastos pagados de su bolsillo en los que usted incurra a partir de ese momento hasta la fecha de efectividad de su cubierta bajo este Plan. Su Plan anterior pagará estos gastos cubiertos de acuerdo con los beneficios de este año; los cambios en beneficios serán efectivos el 1ro de enero.

Cuando las agencias del gobierno nos facturan

Las agencias del Departamento de Asuntos del Veterano, el Departamento de Defensa y los Servicios de Salud de los Indios tienen el derecho de solicitarnos reembolso por ciertos servicios y suministros que ellos le proveen a usted o a un miembro de su familia. Ellos no podrán cobrar más de lo que la ley les permite. Usted pudiera ser responsable de pagar por ciertos cargos y servicios. Comuníquese directamente con la agencia del gobierno para más información.

Sección 5. Beneficios

(Vea la página 16 para ver cómo los beneficios cambiaron este año y las páginas 88 y 89 para el resumen de beneficios.)

Sección 5. Beneficios	24
Sección 5(a). Servicios médicos y materiales provistos por médicos y otros profesionales de la salud.....	26
Servicios de diagnóstico y tratamiento.....	26
Telemedicina	27
Laboratorios, Rayos X y otros estudios diagnósticos.....	27
Cuidado preventivo, adultos.....	27
Cuidado preventivo, niños.....	29
Cuidado de maternidad.....	29
Planificación familiar	30
Servicios de infertilidad.....	30
Cuidado de alergias	31
Terapias de tratamiento	31
Terapia física y ocupacional	32
Terapia del habla	33
Cuidado de la audición (exámenes, tratamientos y suministros)	33
Cuidado de la vista (exámenes, tratamientos y suministros).....	33
Cuidado del pie.....	34
Aparatos ortopédicos y próstéticos.....	34
Equipo médico duradero (DME).....	35
Servicios de salud en el hogar	36
Servicios de Quiroprácticos.....	36
Servicios de Nutricionistas	36
Tratamientos Alternos	36
Clases y programas educativos.....	36
Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia provistos por médicos y otros profesionales de la salud.....	39
Procedimientos quirúrgicos	39
Cirugía reconstructiva	40
Cirugía oral o maxilofacial	41
Trasplantes de órganos y tejidos.....	41
Anestesia	45
Sección 5(c). Servicios provistos por un hospital u otra instalación y servicios de ambulancia	46
Hospitalizaciones	46
Servicios ambulatorios en hospital o en centro de cirugía ambulatoria.....	47
Beneficios de cuidado extendido/unidad de cuidado de enfermería especializada.....	47
Cuidado en hospicio	48
Ambulancia	48
Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes	49
Emergencias dentro de nuestra área de servicio.....	50
Emergencias fuera de nuestra área de servicio.....	50
Ambulancia	50
Sección 5(e). Beneficios de salud mental y uso de sustancias controladas.....	51
Servicios Profesionales.....	51
Diagnósticos	52
Hospitalización u otra instalación cubierta.....	52
Hospitalario ambulatorio u otra instalación cubierta.....	52
Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados.....	53
Medicamentos y materiales cubiertos	55
Sección 5(g). Beneficios dentales.....	58
Beneficios dentales.....	58
Sección 5(h). Bienestar y otros beneficios especiales.....	60
Opción de beneficios flexibles	60
Centro de llamadas las 24 horas del día, 7 días de la semana.....	60

Programa <i>BlueCard</i> ®.....	60
BlueCard Worldwide.....	61
Centros de Excelencia para trasplantes/cirugía del corazón/etc.	61
Telexpreso	61
Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (<i>MTMP</i>).....	62
Herramienta para evaluar riesgos a la salud (<i>HRA</i>).....	62
Centros de Cuidado Preventivo	62
Sección 5(i). Beneficio de Punto de Servicio (<i>POS</i>)	63
Beneficios fuera del FEHB disponibles para los asegurados.....	65
Resumen de beneficios del Plan Triple-S Salud - 2019	88

Sección 5(a). Servicios médicos y materiales provistos por médicos y otros profesionales de la salud

Notas importantes sobre estos beneficios que debe tener en cuenta:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones que aparecen en este folleto, y se pagarán únicamente cuando nosotros determinemos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, para obtener información valiosa sobre cómo funcionan los costos compartidos. También, lea la Sección 9 sobre la coordinación de beneficios con otros seguros, inclusive Medicare.
- **USTED O SU PROVEEDOR DEL PLAN TIENEN QUE OBTENER LA PREAUTORIZACIÓN PARA ALGUNOS SERVICIOS MÉDICOS Y SUMINISTROS.** Vea la información sobre preautorización en la Sección 3 para enterarse de los servicios y cirugías que requieren preautorización.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red de proveedores del Plan dentro de nuestra área de servicios: usted paga por los servicios recibidos y el Plan le reembolsará el 90% de la tarifa establecida por el Plan después de descontar la cantidad del copago o coaseguro que aplique. Por favor, refiérase a la Sección 1 bajo *Quién provee mi cuidado de salud* para más información sobre servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Servicios de diagnóstico y tratamiento	Opción Ampliada “High Option”
Servicios profesionales de médicos <ul style="list-style-type: none"> • En la oficina del médico • Segunda opinión quirúrgica 	Dentro de la Red: \$7.50 por visita a la oficina de un médico generalista o \$10 por visita a la oficina de un médico especialista. Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro que aplique, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
Servicios profesionales de médicos <ul style="list-style-type: none"> • En un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencia • Durante una estadía en un hospital • En Centros de Cuidado de Enfermería Especializada – requiere preautorización (vea la Sección 3) 	Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas médicas en la oficina por especialistas 	Dentro de la Red: \$10 por visita Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
En el hogar	Dentro de la Red: \$15 por visita del médico, o nada por visitas de enfermeras o auxiliares de salud Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
<i>Lo que no se cubre:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuidado de enfermería privada, excepto para el tratamiento de enfermedades mentales</i> 	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Telemedicina	
<ul style="list-style-type: none"> Hasta cuatro consultas por asegurado 	<p>Dentro de la Red: \$10.00 por consulta</p> <p>Fuera de la Red: Todos los cargos</p>
Laboratorios, Rayos X y otros estudios diagnósticos	
<p>Exámenes, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pruebas de sangre Análisis de la orina Estudio de Antígeno Específico de Próstata (<i>PSA</i>, por sus siglas en inglés) 	<p>Dentro de la Red: \$1.00 por prueba de laboratorio</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> Polisomnografía Amniocentesis genética Estudios vasculares y cardiovasculares no invasivos, incluidos electrocardiogramas (<i>EKG</i>) y electroencefalogramas (<i>EEG</i>) 	<p>Dentro de la Red: 20%</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> Patología Pruebas Papanicolaou no rutinarias Rayos X Mamografías no rutinarias Estudios de medicina nuclear Estudio por imágenes del sistema de conductos hepato biliares (<i>HIDA</i>) Tomografía Computarizada y estudios de resonancia magnética (<i>MRI</i>, <i>MRA</i>) Ultrasonido, incluido el perfil biofísico Estudios cardiovasculares invasivos 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
Cuidado Preventivo, adultos	
<p>Cubrimos una amplia gama de servicios preventivos para adultos bajo las categorías A & B según lo recomendado por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF, Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos). Los asegurados mayores de 21 años pueden obtener los servicios preventivos cubiertos a través de nuestra Red de Centros de Cuidado Preventivo.</p> <p>Nota: Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o rayos X realizado en conjunto con un examen rutinario y que no está incluido en la lista de servicios preventivos, estará sujeto al copago o coaseguro aplicable al asegurado.</p> <p>Examen físico de rutina anual, lo cual incluye las siguientes pruebas de detección:</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p>Cuidado Preventivo, adultos (Cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colesterol sanguíneo total • Examen físico de rutina cada año, incluidas las pruebas de detección, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total en sangre • Depresión • Diabetes • Hipertensión arterial • VIH • Detección de cáncer colorrectal • Orientación individual para la prevención y reducción de riesgos a la salud. • Estudios de cernimiento para cáncer colorrectal, inclusive: <ul style="list-style-type: none"> - Sangre oculta en la excreta - Sigmoidoscopia de cernimiento – cada cinco años comenzando desde los 50 años de edad - Colonoscopia - cada diez años comenzando a partir de los 50 años de edad <p>Orientación individual para la prevención y reducción de riesgos a la salud.</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Visitas preventivas de bienestar para la mujer, lo cual incluye sin limitarse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cernimiento de cáncer cervical (Papanicolaou) • Prueba del Papiloma Humano • Detección de clamidia / gonorrea • Detección de osteoporosis • Cernimiento de infección de clamidia/gonorrea • Cernimiento de osteoporosis • Cernimiento de cáncer de seno • Consejería anual sobre enfermedades de transmisión sexual • Consejería y prueba de cernimiento anuales para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) • Métodos anticonceptivos y consejería <p>Cernimiento y consejería anual sobre violencia doméstica e interpersonal</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado Preventivo, adultos (Cont.)	
<p>Mamografía rutinaria - cubierta para mujeres mayores de 35 años como sigue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde 35 a 39 años de edad, una durante este periodo de 5 años • Desde 40 a 64 años, una cada año calendario • De los 65 años en adelante, una cada dos años calendario consecutivos 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Inmunizaciones para adultos, endosadas por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (<i>CDC</i>, por sus siglas en inglés) basado en el cronograma de vacunación recomendado por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación</p> <p>Nota: Una lista de los servicios de cuidado preventivo recomendados bajo el US Preventive Services Task Force (USPSTF) está disponible en la Internet en http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/.</p> <p>HHS: https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/</p> <p>CDC: http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Servicios preventivos de la mujer:</p> <p>https://www.healthcare.gov/preventive-care-women/</p> <p>Para información adicional:</p> <p>www.healthfinder.gov/myhealthfinder/default.aspx</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Exámenes físicos o vacunas requeridos para obtener o continuar en un empleo o seguro, asistir a escuelas, campamentos, examen de atleta o para viajes.</i> • <i>Inmunizaciones, refuerzos y medicamentos para viajar o exposición relacionado con el trabajo</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado preventivo, niños	
<ul style="list-style-type: none"> • Cargos por exámenes de rutina para el cuidado de niños, tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Exámenes de la vista para determinar la necesidad de corrección visual - Exámenes de audición para determinar la necesidad de corrección auditiva - Exámenes hechos el día de las inmunizaciones 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Visitas por exámenes e inmunizaciones para el cuidado de niños según descrito por las Guías de Futuros Brillantes (en inglés, Bright Future Guidelines) recomendadas por la Academia Americana de Pediatría.</p> <p>Nota: Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o rayos X realizado en conjunto con un examen rutinario y que no está incluido en la lista de servicios preventivos, estará sujeto al copago o coaseguro aplicable al asegurado.</p> <p>Nota: Una lista de los servicios de cuidado preventivo recomendados bajo el US Preventive Services Task Force (USPSTF, Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos) está disponible en la Internet en http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/</p> <p>HHS: https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/</p> <p>CDC: http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html</p> <p>Para información adicional: www.healthfinder.gov/myhealthfinder/default.aspx</p> <p>Nota: Para una lista completa de las Guías de Futuros Brillantes de la Academia Americana de Pediatría, visite: brightfutures.aap.org/Pages/default.aspx</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
Cuidado de Maternidad	
<p>Cuidado completo de maternidad (obstétrico), como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado prenatal • Pruebas de cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas • Parto • Cuidado post-parto 	<p>Dentro de la Red: \$10.00 por visita a oficina. Nada por el parto.</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro que aplique, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de consejería y apoyo sobre lactancia, por cada embarazo • Bomba de lactancia manual para madres que acaban de dar a luz, limitado a uno por nacimiento. <p>Nota: Bombas de lactancia no requieren nuestra precertificación, pero deben ser obtenidas por su proveedor de equipo médico duradero. Vea la Sección 5(a), <i>Equipo Médico Duradero</i>, para información sobre cómo obtener la bomba de lactancia.</p> <p>Nota: He aquí varias cosas para tener en mente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No es necesario obtener preautorización para un parto vaginal; vea la página 21 para otras circunstancias, como estancias prolongadas para usted o su bebé 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, además de la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p data-bbox="418 174 813 210">Descripción de los Beneficios</p> <ul data-bbox="228 243 1024 716" style="list-style-type: none"> - Usted puede permanecer en el hospital hasta 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea. Nosotros extenderemos su estadía en el hospital si es médicamente necesario. - Nosotros cubrimos el cuidado rutinario del recién nacido durante la porción cubierta de la estadía de la madre en el hospital. Cubriremos otros servicios no rutinarios del bebé únicamente si el bebé está cubierto con nosotros bajo el plan de Pareja o Familiar. La circuncisión está incluida como parte del beneficio quirúrgico y no como parte del beneficio de maternidad. - Pagamos la hospitalización y los gastos del cirujano (parto) igual como si fuera una enfermedad o lesión. Vea los <i>Beneficios de Hospital</i> (Sección 5 (c)) y <i>Beneficios de Cirugía</i> (Sección 5(b)). - Servicios hospitalarios están cubiertos bajo la Sección 5(c) y beneficios quirúrgicos Sección (b). <p data-bbox="203 732 1000 884">Nota: Cuando un recién nacido requiere tratamiento durante o después de que la madre sea confinada, el recién nacido es considerado un paciente en su propio derecho. Si el recién nacido es elegible para la cubierta de beneficios médicos o quirúrgicos regulares, le aplicarán estos en vez de los beneficios de maternidad.</p>	<p data-bbox="1219 174 1373 210">Usted paga</p>
<p data-bbox="203 917 500 953">Planificación familiar</p>	
<p data-bbox="203 989 971 1018">Una serie de servicios voluntarios de planificación familiar, limitados a:</p> <ul data-bbox="203 1037 938 1234" style="list-style-type: none"> • Consejería anual sobre métodos contraceptivos • Esterilización voluntaria – limitado a vasectomía y ligadura de las trompas • Implantación quirúrgica de anticonceptivos • Dispositivos intrauterinos (<i>IUD</i>, por sus siglas en inglés) <p data-bbox="203 1253 990 1339">Nota: Cubrimos anticonceptivos orales e inyectables y dispositivos, tales como diafragmas, bajo el beneficio de Medicamentos Recetados (Sección 5(f)).</p>	<p data-bbox="1062 984 1317 1014">Dentro de la Red: Nada</p> <p data-bbox="1062 1024 1507 1144">Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p data-bbox="203 1377 415 1407"><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul data-bbox="203 1423 833 1499" style="list-style-type: none"> • <i>Reversión de una cirugía para esterilización voluntaria</i> • <i>Pruebas genéticas y consejería</i> 	<p data-bbox="1062 1373 1245 1402"><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Servicios de infertilidad	
<p>Diagnóstico y tratamiento de infertilidad, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inseminación artificial (AI, por sus siglas en inglés) <ul style="list-style-type: none"> - inseminación intravaginal (IVI, por sus siglas en inglés) - inseminación intracervical (ICI, por sus siglas en inglés) - inseminación intrauterina (IUI, por sus siglas en inglés) 	<p>Dentro de la Red: \$10 por visita a oficina Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tecnología Asistida para la Reproducción (ART), tales como:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>fertilización in vitro (IVF, por sus siglas en inglés)</i> - <i>transferencia de embrión, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y de cigoto (ZIFT, por sus siglas en inglés)</i> • <i>Servicios y suministros relacionados con los procedimientos ART</i> • <i>Costo de espermatozoides del donante o costo de óvulo del donante</i> • <i>Medicamentos para fertilidad</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Cuidado de alergias	
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y tratamientos 	<p>Dentro de la Red: \$10 por visita a oficina Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suero para la alergia • Vacunas para alergias 	<p>Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>pruebas reactivas de alergia a alimentos y desensibilización sublingual</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p>Terapias de tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia y terapia de radiación <p>Nota: La quimioterapia de dosis alta en conjunto con trasplante autólogo de médula ósea está limitada a aquellos trasplantes que se listan bajo Trasplantes de Órganos/Tejidos en las páginas 41-45. El tratamiento estará sujeto a revisión por pares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia respiratoria y de inhalación hasta un máximo de 20 sesiones por año. Podríamos extender la cubierta de estos servicios cuando se excede el límite de visitas, si determinamos que los servicios son médicamente necesarios a través del proceso de preautorización. • Diálisis – hemodiálisis y diálisis peritoneal • Terapia de infusión intravenosa (<i>IV</i>, por sus siglas en inglés) – Infusión en el hogar y terapia con antibióticos • Terapia con hormonas de crecimiento (<i>GHT</i>, por sus siglas en inglés) <p>Nota: Las hormonas de crecimiento se cubren bajo el beneficio de medicamentos recetados. Nosotros únicamente cubriremos GHT cuando preautoricemos el tratamiento. Usted o su doctor deben llamar al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU., para la preautorización. Nosotros le requeriremos que someta información que establezca la necesidad médica de GHT. Solicite la aprobación antes que comience el tratamiento de GHT; de lo contrario, cubriremos los servicios de GHT desde la fecha en que se somete la información. Si usted no nos consulta o si nosotros determinamos que no se estableció la necesidad médica, no cubriremos ningún servicio relacionado con GHT, incluso los servicios y suministros relacionados. Vea la Sección 3, <i>Servicios que requieren autorización previa</i>.</p>	<p>Dentro de la Red: \$10 por visita a oficina y/o sesión de terapia respiratoria</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p>Rehabilitación cardíaca</p> <p>Hasta 36 terapias por año póliza, sujeto al protocolo de Triple-S Salud</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: Nada hasta alcanzar la tarifa establecida y todos los cargos subsiguientes</p> <p>Nota: Si el proveedor acepta la adjudicación de beneficios para la rehabilitación cardíaca, usted tendrá que pagar la diferencia; de lo contrario, usted deberá pagar el importe total del proveedor y Triple-S Salud le reembolsará hasta las tarifas establecidas.</p>
<p>Análisis y Tratamiento del Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) para el desorden de Autismo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cernimiento para identificar el comportamiento • Cernimiento de seguimiento observacional y de exposición del comportamiento • Tratamiento de comportamiento aplicado • Tratamiento del comportamiento aplicado en grupo y en familia <p>Nota: Asegurados cubiertos deben recibir cuidado dentro de la red. Servicios están sujetos a las políticas de Triple-S.</p>	<p>Dentro de la Red: \$10 por visita a oficina</p> <p>Fuera de la Red: Todos los cargos</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios que no se listan como cubiertos</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Terapia física y ocupacional	Usted paga
<p>Terapia física y ocupacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia física <ul style="list-style-type: none"> - prestada por un terapeuta físico cualificado y supervisado(a) por un médico especializado en terapia física; - hasta 60 terapias por condición, si se espera una mejoría significativa • Terapia ocupacional <ul style="list-style-type: none"> - prestadas por terapeutas ocupacionales certificados - hasta 60 terapias por condición, si se espera una mejoría significativa <p>Nota: La terapia ocupacional está limitada a servicios para ayudar al asegurado a lograr y mantener su habilidad para llevar a cabo las funciones del diario vivir y cuidado propio. Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos que los servicios son médicamente necesarios a través del proceso de preautorización.</p>	<p>\$10 por visita a oficina y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Para terapia física y ocupacional, debe pagar primero por los servicios y después obtener reembolso de nosotros. Los terapeutas físicos y ocupacionales no son proveedores del Plan y no tienen que aceptar las tarifas establecidas como pago total.</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Terapia de rehabilitación a largo plazo</i> • <i>Programas de ejercicio</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Terapia del habla	

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p>Terapia del habla provista por un terapeuta del habla certificado, hasta 60 terapias por condición. Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos que los servicios son médicamente necesarios a través del proceso de preautorización.</p>	<p>\$10 por visita a oficina y/o sesión de terapia del habla además de los cargos que excedan nuestra tarifa establecida.</p> <p>Nota: Para terapia del habla, usted debe pagar al proveedor y después solicitarnos el reembolso. Los terapeutas del habla no son proveedores del Plan y no tienen que aceptar las tarifas establecidas como pago total.</p>
Cuidado de la audición (exámenes, tratamientos y suministros)	
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de audición por enfermedad o accidente, incluidas las pruebas auditivas de evaluación y diagnóstico, llevadas a cabo por un médico del Plan o audiólogo 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Timpanometría <p>Nota: Para exámenes rutinarios de audición durante una visita preventiva de niños, vea la Sección 5(a), <i>Cuidado preventivo, niños</i>.</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos, hasta un máximo de \$1,000 cada dos años para uno o ambos oídos combinados (vea la Sección 5(a), <i>Aparatos ortopédicos y prostéticos</i>) 	<p>Nada, hasta la cantidad máxima de la aportación</p> <p>Nota: El asegurado deberá pagar la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Suministros</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Cuidado de la vista (exámenes, tratamientos y suministros)	
<ul style="list-style-type: none"> • Además de los beneficios médicos y quirúrgicos provistos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los ojos, se pueden obtener refracciones anuales (que incluye una receta escrita para lentes) de médicos participantes en el Plan. • Lentes intraoculares después de la remoción de catarata • Examen de la vista para determinar la necesidad de corrección visual para niños (vea Cuidado preventivo) 	<p>Dentro de la Red: \$10 por visita a oficina</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de optómetras 	<p>Dentro de la Red: \$7.50 por visita a oficina</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
Descripción de los Beneficios	Usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Un par de espejuelos o lentes de contacto anuales para asegurados hasta los 21 años de edad. 	<p>Dentro de la Red: Nada hasta la tarifa contratada. El asegurado paga el balance que exceda la tarifa contratada.</p> <p>Fuera de la red: Cubierto por reembolso hasta la tarifa contratada. El asegurado será responsable de los cargos adicionales que excedan la tarifa contratada.</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes correctivos y ajuste de lentes de contacto • Ejercicios de los ojos y ortópticos • Lentes intraoculares multifocales • Queratotomía radial y otras cirugías refractivas • Suministros 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Cuidado del pie	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario del pie llevado a cabo por un proveedor del Plan cuando usted está bajo tratamiento activo debido a una enfermedad metabólica o una enfermedad vascular periférica, tal como la diabetes. • Servicios de podiatras 	<p>Dentro de la Red: \$7.50 por visita a oficina, si el servicio lo presta un médico generalista o un podiatra, o \$10 por visita a oficina, si el servicio lo presta un especialista.</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra tarifa y la cantidad facturada.</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento debido a pies débiles, tensos o planos 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Aparatos ortopédicos o prostéticos	
<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis externa del seno y sostenes quirúrgicos, incluidos los reemplazos que sean necesarios, después de una mastectomía • Implantación quirúrgica de implantes de mama luego de una mastectomía. 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aparatos prostéticos internos (implantes), como articulaciones artificiales, marcapasos e implantes cocleares. Prótesis de extremidades inferiores y superiores y ortóticos, hasta \$5,000 por año, en combinación. • Reparación para aparatos prostéticos externos • Prótesis traqueoesofágica para generar voz (<i>tracheoesophageal voice prosthesis</i>), requiere preautorización • Sostenes lumbosacrales, requiere preautorización • Válvula de habla para traqueotomía (<i>prosthetic tracheotomy speaking valve</i>), requiere preautorización • Aparatos auditivos, hasta un máximo de \$1,000 cada dos años para uno o ambos oídos combinados <p>Nota: Para información sobre cargos profesionales por cirugía de inserción de implante, ver Sección 5(b), <i>Servicios quirúrgicos</i>. Para información sobre los beneficios de hospital y/o cirugía ambulatoria, ver Sección 5(c), <i>Servicios provistos por un hospital u otra instalación de servicios de salud y servicios de ambulancia</i>.</p>	<p>Dentro de la Red: 20%. Nada para aparatos auditivos, hasta la cantidad máxima de la aportación.</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p> <p>Nota: El asegurado deberá pagar la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zapatos ortopédicos y correctivos • Soporte de los arcos • Zapatos para diabéticos • Almohadillas y copas para el talón • Algunos sostenes lumbosacrales • Corsés, bragueros, medias elásticas, medias de soporte y otros aparatos de apoyo • Ojos artificiales • Mangas o medias protésicas • Reemplazo de implantes, excepto cuando sea médicamente necesario • Estudios y exámenes para aparatos auditivos 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Equipo médico duradero (DME)</p>	
<p>Alquiler o compra, a nuestra opción, incluida la reparación y ajuste de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) recetado por un médico del Plan, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno • Camas de posición tipo hospital • Sillas de ruedas • Andadores • Monitores de glucosa en la sangre • Pulmón de hierro • Otro equipo respiratorio • Suministros para osteotomía • Suministros para traqueotomías • Equipo básico para el tratamiento de apnea del sueño (CPAP, por sus siglas en inglés) (máscara facial y nasal) y suministros • Bombas de insulina y/o sus suministros para pacientes con diabetes descontrolada, quienes requieren múltiples inyecciones de insulina diariamente y demuestran una alta fluctuación en los niveles de glucosa (ver nota abajo) • Comidas médicas especializadas para asegurados con Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) de acuerdo con la política médica de Triple-S Salud. <p>Nota: Usted tiene que obtener nuestra precertificación, Vea la Sección 3.</p> <p>Nota: Para ser elegible para la cubierta de bomba de insulina, usted deberá registrarse y participar del Programa de Bienestar Total.</p>	<p>Dentro de la Red: 20%</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Muletas</i> • <i>Cualquier otro equipo médico duradero que no aparezca en la lista de arriba</i> • <i>Suministros para los monitores de glucosa, tales como lancetas y tirillas</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Descripción de los Beneficios	Usted paga
Servicios de salud en el hogar	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud en el hogar ordenados por un médico del Plan (quien revisará periódicamente el programa de tratamiento para determinar el progreso y la necesidad de los servicios) y provistos por enfermeras(os) o por auxiliares de salud en el hogar. • Los servicios incluyen terapias de oxígeno, intravenosas y medicamentos 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuidado de enfermería solicitado por, o para la conveniencia de, el paciente o su familia;</i> • <i>Cuidado en el hogar principalmente para proveer asistencia personal que no incluya un componente médico y que no es un servicio de diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación;</i> • <i>Servicios que son primordialmente para proveer aseo personal, alimentación, ejercicios, mover el paciente, tareas del hogar, compañía o administración de medicamentos por vía oral;</i> • <i>Servicios de ama de llaves.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Servicios de Quiroprácticos	
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de manipulaciones de la espina dorsal y las extremidades, hasta 15 visitas por año. <p>Nota: También cubrimos una visita inicial, una visita de seguimiento y radiografías del cuello, tórax y el área lumbosacra de la columna. Algunos servicios no están cubiertos, tales como: masajes, manejo de dietas, ultrasonido, entre otros.</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Si el quiropráctico acepta la asignación de beneficios, usted no tiene que pagar; si no acepta, usted tiene que pagar la factura del proveedor y Triple-S Salud le reembolsará hasta la tarifa establecida.</p>
Servicios de Nutricionistas	
<p>Servicios de nutricionistas, hasta 4 visitas por año</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: Nada hasta nuestra tarifa establecida y todos los cargos en adelante</p>
Tratamientos Alternos	
<p>No hay Beneficios</p>	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Clases y programas educativos	
<p>Programa de Bienestar Total</p> <p>Este Programa está orientado a atender las cinco condiciones crónicas que más sufren los puertorriqueños: diabetes, asma, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) y fallo cardíaco. Incluye servicios tales como: tratamiento clínico (recibido por su médico), seguimiento y orientación por profesionales de enfermería y educadores de la salud, quienes hablarán con usted en talleres educativos o por teléfono y le enviarán por correo material educativo sobre cómo cuidar de su condición.</p> <p>Programa de Diabetes – Consiste en orientaciones educativas para asegurados diabéticos de 18 años en adelante. En los talleres y llamadas telefónicas se discutirán temas tales como aspectos emocionales de personas diabéticas, ejercicio, nutrición, uso de medicamentos, complicaciones, entre otros. Ofrecemos estas orientaciones sobre el cuidado y control de condiciones a través de diversos profesionales de la salud como enfermeras, educadores en salud y nutricionistas, los cuales le ofrecerán la ayuda necesaria para controlar su condición.</p> <p>Programa de Hipertensión – Los asegurados mayores de 18 años que sufren de hipertensión (presión arterial alta o descontrolada) se benefician de las actividades educativas que ofrece este programa. Usted aprenderá: ¿Qué es hipertensión?, ¿Cuáles son las señales o síntomas?, ¿Cómo modificar su estilo de vida y cómo controlar su presión arterial? Mantener la presión arterial bajo control le ayuda a evitar el desarrollo de otras complicaciones como ataques al corazón y derrames cerebrales, entre otras. Triple-S Salud cuenta con un equipo de profesionales disponible para ayudarle a modificar los estilos de vida que le impiden controlar su condición.</p> <p>Programa de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – Los asegurados mayores de 40 años con la condición de COPD (siglas en inglés de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) reciben orientación sobre su condición, el uso de medicamentos para controlarla, señales y síntomas de</p>	<p>Nada</p> <p>Nada</p>

<p>complicaciones, y la importancia del seguimiento médico. Nuestros profesionales de la salud ayudan a los participantes a conocer bien su condición y a adoptar estilos de vida saludables para evitar las complicaciones y disfrutar de una mejor calidad de vida.</p> <p>Programa de Fallo Cardíaco – Este programa es para asegurados mayores de 18 años que padecen de la condición de fallo cardíaco. Esta es una enfermedad del corazón que provoca que el bombeo de sangre al cuerpo no sea normal. Cuando la condición sea severa, profesionales de enfermería del Programa de Manejo de Fallo Cardíaco le ofrecerán guías de cómo cuidarse y así lograr sentirse mejor. Cuando participe en un programa, usted recibirá material educativo en su hogar. Los asegurados cuya condición no es severa serán citados por los educadores en salud para actividades educativas. Todo esto les ayuda a controlar su condición, evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.</p> <p>Programa Prenatal – Ofrece educación enfocada en la importancia del cuidado prenatal temprano y sobre los factores de riesgos de los que las futuras mamás deben estar atentas. Las aseguradas embarazadas recibirán folletos educativos sobre el cuidado del embarazo y del bebé. Además, la asegurada embarazada recibirá orientación por teléfono de una analista de manejo clínico (enfermera) especializada en el área de prenatal, así como orientación a través de talleres educativos ofrecidos por los educadores en salud.</p> <p>Programa de Educación en salud – La educación en salud es un componente esencial en la prevención de enfermedades y para lograr una buena calidad de vida. La prevención de enfermedades y una buena calidad de vida pueden lograrse en parte a través de orientaciones y experiencias educativas en las que usted pueda participar. Estas experiencias le serán de ayuda y le proveerán la información que necesita para adoptar voluntariamente estilos de vida más saludables. A través de las actividades educativas, los educadores en salud y otros profesionales de Triple-S Salud le ayudarán a identificar estilos de vida que serán beneficiosos para su salud.</p>	
<p>Programa de Cesación de Tabaco – Triple-S Salud le ofrece un programa educativo y de promoción de la salud para ayudarlo a dejar de fumar. Este programa está enfocado en los usuarios de tabaco y sus familiares que deseen participar voluntariamente. El Programa ofrece consejería individual/grupal y por teléfono. Vea la Sección 5(h), <i>Beneficios especiales</i>.</p> <p>Nota: El programa FEHB de Triple-S Salud cubre medicamentos para dejar de fumar, medicamentos sin receta (OTC) y medicamentos aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco. Vea la Sección 5(f), <i>Beneficio de medicamentos recetados</i></p> <p>Programa de Manejo de la Obesidad – Este programa incluye orientación y educación sobre cómo adoptar buenos hábitos alimentarios, la elección de alimentos saludables, cómo leer las etiquetas nutricionales y la elección de alimentos cuando se come fuera, entre otros temas. Este programa ha sido desarrollado para los asegurados con un índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) de 30.0 o más kg/m², quienes también cumplen con los criterios de participación establecidos. Cuando el asegurado participe en el programa, él/ella recibirá las intervenciones nutricionales por un dietista-nutricionista debidamente certificado y capacitado. El programa educativo incluye seis sesiones educativas en un ambiente de grupo, una intervención educativa telefónica y un adiestramiento mensual. El objetivo general del programa es ofrecerles a los asegurados el acceso a los servicios de educación nutricional a través de un dietista-nutricionista. Este les guiará en el auto-manejo de la obesidad a través de modificaciones en la dieta, sus hábitos y la promoción de la actividad física.</p>	<p>Nada</p>

Programa de Control de Peso – Este programa de promoción de la salud les provee educación a los asegurados sobre el control de peso. También se enfoca en la obesidad infantil.

Programa de Vivir Saludable para Diabéticos – El programa está diseñado para proporcionar un marco común de estrategias de atención clínica y cuidado de la condición de la diabetes. Para garantizar la atención clínica según lo establecido por las directrices, establecimos un protocolo de visitas médicas, orientación nutricional, educación en materia de salud y laboratorios clínicos. Se espera que el asegurado, a través de las estrategias de educación, atención clínica recibida y las habilidades que desarrolla de cuidarse a sí mismo, reduzca significativamente las complicaciones de la diabetes y logre el control de la condición.

Para más información:

Llame al Departamento de Educación y Manejo de Enfermedades de Triple-S Salud. El número libre de cargos es 1-866-788-6770, o puede llamar al (787) 793-8383, extensiones 3106 o 3154.

Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia provistos por médicos y otros profesionales de la salud

	<p>Aspectos importantes de estos beneficios que usted debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones que aparecen en este folleto, y solo se pagan cuando determinamos que son médicamente necesarios. • Asegúrese de leer la Sección 4, <i>Sus costos por servicios cubiertos</i>, para información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También, lea la Sección 9 sobre la coordinación de beneficios con otros seguros, incluido Medicare. • Las cantidades que aparecen a continuación son por cargos por servicios quirúrgicos facturados por médicos y otros profesionales del cuidado de la salud. Vea la Sección 5(c) para información sobre los cargos de las facilidades (p. ej., hospitales y centros de cirugía, etc.). • USTED O SU PROVEEDOR DEL PLAN TIENEN QUE OBTENER PREAUTORIZACIÓN PARA ALGUNOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. Por favor refiérase a la Sección 3 para asegurarse de cuáles servicios requieren preautorización e identificar cuáles procedimientos quirúrgicos también la requieren. • Si utiliza un proveedor fuera de la red de proveedores del Plan dentro de nuestra área de servicios: usted paga por los servicios recibidos y el Plan le reembolsará el 90% de la tarifa establecida por el Plan, después de descontar la cantidad del copago o coaseguro que aplique. Por favor refiérase a la Sección 1, <i>Quién provee mi cuidado de salud</i>, para más información sobre servicios de emergencias rendidos fuera del área de servicio. 	
Descripción de beneficios		Usted paga
Procedimientos quirúrgicos		
<p>Una serie completa de servicios, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos quirúrgicos • Tratamiento de fracturas, incluye enyesado • Cuidado rutinario pre y post-operatorio por parte del cirujano • Corrección de ambliopía y estrabismo • Procedimientos endoscópicos • Procedimientos de biopsia • Remoción de tumores y quistes • Corrección de anomalías congénitas (vea cirugía reconstructiva) • Asistentes quirúrgicos • Procedimientos de litotricia • Esterilización voluntaria (p. ej., Ligadura de las trompas, Vasectomía) • Tratamiento de quemaduras • Inserción de aparatos prostéticos internos - Vea 5(a), <i>Aparatos ortopédicos y prostéticos</i>, para más información sobre la cubierta de este beneficio. <p>Nota: Por lo general, pagamos por una prótesis interna (aparato) de acuerdo con el lugar donde se lleva a cabo el procedimiento. Por ejemplo, pagamos <i>Beneficios de Hospital</i> por un marcapaso y <i>Beneficios de Cirugía</i> por la inserción del marcapaso.</p>		<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Vea la Sección 5(c), <i>Servicios provistos por un hospital u otra instalación y servicios de ambulancia</i>, para el copago de la facilidad de cirugía ambulatoria.</p> <p>Nota: Para la inserción de prótesis internas, el asegurado no pagará nada si el servicio lo presta un proveedor del Plan. Fuera de la Red, usted pagará la reclamación del proveedor y nos solicitará un reembolso. Le reembolsaremos el 90% de nuestras tarifas establecidas.</p>

Descripción de beneficios	Usted paga
Procedimientos quirúrgicos (cont.)	
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos quirúrgicos debido a obesidad mórbida (cirugía bariátrica) – una condición en donde la persona pesa más de 100 libras o 100% sobre su peso normal de acuerdo con las tablas de las compañías suscriptoras. La cirugía bariátrica requiere precertificación (refiérase a la Sección 3) y el asegurado elegible tiene que tener 18 años o más. Este Plan utiliza los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes con un índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) mayor de 40Kg/m² o mayor de 35Kg/m² en conjunto con otras comorbilidades, tales como complicaciones cardiopulmonares, diabetes severa o apnea del sueño obstructiva - El BMI se calcula usando la siguiente fórmula: $\text{Peso (kg)} \div \text{estatura (m}^2\text{)} = \text{BMI}$ 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra tarifa y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Vea la sección 5(c), <i>Servicios ambulatorios en hospital o en centro de cirugía ambulatoria</i>, para el copago</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reversión de esterilización voluntaria</i> • <i>Tratamiento rutinario para condiciones del pie (vea Cuidado del Pie)</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Cirugía reconstructiva	
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una condición causada por una enfermedad o lesión si: <ul style="list-style-type: none"> - la condición mejorará significativamente la apariencia del asegurado y - se espera que la condición pueda ser razonablemente corregida por la cirugía • Cirugía para corregir una condición existente al nacer o desde el nacimiento y que representa una desviación de la forma común o normal. Ejemplos de anomalías congénitas son: deformidades de la oreja, labio leporino y paladar hendido, marcas de nacimiento y sindáctila (dedos de la mano o del pie unidos por una membrana) • Todas las etapas de la cirugía de reconstrucción de senos después de una mastectomía, tales como: <ul style="list-style-type: none"> - cirugía para lograr una apariencia simétrica de los senos; - tratamiento debido a complicaciones físicas, tales como linfedema; - prótesis de seno y sostenes prostéticos y su reemplazo (vea Aparatos prostéticos) <p>Nota: Si necesita una mastectomía, usted puede escoger que el procedimiento se lleve a cabo como paciente hospitalizado y permanecer allí hasta 48 horas después del procedimiento.</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Vea la sección 5(c), <i>Servicios ambulatorios en hospital o en centro de cirugía ambulatoria</i>, para el copago</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cirugía cosmética – cualquier procedimiento quirúrgico (o cualquier porción de un procedimiento) que se hace principalmente para mejorar la apariencia física mediante un cambio en la forma del cuerpo, excepto para reparar una lesión debido a un accidente.</i> • <i>Cirugías relacionadas con cambio de sexo</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga
Cirugía oral o maxilofacial	
<p>Procedimientos quirúrgicos orales, llevados a cabo únicamente cuando existe necesidad médica para éstos, y limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de fracturas en la quijada y huesos faciales; • Corrección quirúrgica de labio leporino o paladar hendido, o mal oclusión funcional severa; • Remoción de piedras de los conductos salivales; • Escisión de leucoplasia o tumores malignos; • Escisión de quistes e incisión de abscesos cuando se realizan como procedimientos independientes; y • Cualquier otro procedimiento quirúrgico que no envuelva los dientes y las estructuras que los sostienen. 	<p>Dentro de la Red: Nada.</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p> <p>Nota: Vaya a la Sección 5(c), <i>Servicios provistos por un hospital u otra instalación y servicios de ambulancia</i>, para saber sobre el copago de facilidad de cirugía ambulatoria.</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Implantes y trasplantes orales</i> • <i>Procedimientos que envuelven los dientes y las estructuras que los sostienen (tales como la membrana periodontal, gingival y el hueso alveolar).</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Trasplantes de órganos y tejidos	
<p>Los siguientes trasplantes de órganos sólidos están sujetos a evaluación por el Plan para determinar su necesidad médica o si es experimental/investigativo. Refiérase a <i>Servicios que requieren nuestra autorización previa</i> en la Sección 3 para el proceso de preautorización.</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: Todos los cargos</p>

Descripción de beneficios	Usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Trasplante autólogo de los islotes pancreáticos (como complemento a la pancreatometomía total o casi total) solo para pacientes con pancreatitis crónica. • Córnea • Corazón • Corazón/pulmón • Trasplantes de intestino <ul style="list-style-type: none"> - intestino delgado - intestino delgado con el hígado - intestino delgado con múltiples órganos tales como el hígado, estómago y páncreas • Riñón • Riñón-Páncreas • Hígado • Pulmón sencillo, doble o de un lóbulo • Páncreas • Trasplante autólogo de las células de los islotes del páncreas (junto con una pancreatometomía total o casi total) solo para pacientes con pancreatitis crónica 	
Trasplantes de órganos y tejidos (Cont.)	
<p>Estos trasplantes tándem de médula ósea o células madre de la sangre para trasplantes cubiertos están sujetos a la evaluación del Plan para determinar la necesidad médica. Refiérase a <i>Servicios que requieren nuestra autorización previa</i> en la Sección 3 para el proceso de precertificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes autólogos tándem para <ul style="list-style-type: none"> - Amiloidosis AL - Mieloma múltiple (<i>de-novo</i> y tratado) - Tumores de células germinales recurrentes (incluye cáncer testicular) 	<p>Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: Todos los cargos</p>
<p>Trasplantes de médula ósea o células madre de la sangre</p> <p>El plan extiende su cubierta para los diagnósticos indicados a continuación:</p>	<p>Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: Todos los cargos</p>

Descripción de beneficios	Usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes alogénicos para: <ul style="list-style-type: none"> - Leucemia linfocítica y no-linfocítica aguda (es decir, mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recurrente) - Linfoma no Hodgkin avanzado con recurrencia (recurrente) - Leucemia mieloide aguda - Trastornos mieloproliferativos avanzados (MPD) - Amiloidosis - Leucemia linfocítica crónica/linfoma de células linfocíticas pequeñas (CLL/SLL) - Hemoglobinopatía - Osteoporosis infantil maligna - Síndrome de Kostmann - Deficiencias de adhesión leucocítica - Fallo de la médula y desórdenes relacionados (es decir, Fanconi's, Hemoglobinuria Paroxística Nocturna, aplasia pura de glóbulos rojos) - Mucopolipidosis (ej.: Enfermedad de Gaucher, leucodistrofia metacromática, adrenoleucodistrofia) - Mucopolisacaridosis (ej.: Síndrome de Hurler y variantes del Síndrome de Maroteaux-Lamy) - Mielodisplasia/síndromes mielodisplásicos - Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) - Enfermedades de deficiencia fagocítica/hemofagocítica (ej.: Síndrome Wiskot-Aldrich) - Inmunodeficiencia combinada severa - Anemia aplásica severa o muy severa - Anemia falciforme (<i>sickle cell</i>) - Síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X 	

Trasplante de órganos y tejidos, continúa en la próxima página

Trasplantes de órganos y tejidos (Cont.)	
<ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes autólogos para: <ul style="list-style-type: none"> - Leucemia linfocítica y no-linfocítica aguda (es decir, mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recurrente) - Linfoma no Hodgkin avanzado con recurrencia (recurrente) - Amiloidosis - Cáncer de mama - Ependimoblastoma - Cáncer epitelial de ovario - Sarcoma de Ewing - Meduloblastoma - Mieloma múltiple - Neuroblastoma - Pineoblastoma - Tumores de células germinales testiculares, mediastínicas, retroperitoneal y de ovarios 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: Todos los cargos</p>
<p>Mini-trasplantes realizados bajo un protocolo de investigación clínica (no mieloblatoivo, acondicionamiento de intensidad reducida o AIR) para asegurados con algún diagnóstico mencionado a continuación están sujetos a la evaluación del Plan para determinar la necesidad médica.</p> <p>Refiérase a <i>Servicios que requieren nuestra autorización previa</i> en la Sección 3 para el proceso de precertificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes alogénicos para: <ul style="list-style-type: none"> - Leucemia linfocítica y no-linfocítica aguda (es decir, mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (reincidente) - Linfoma no Hodgkin avanzado con recurrencia (reincidente) - Leucemia mieloide aguda - Trastornos mieloproliferativos avanzados (MPD) - Amiloidosis - Leucemia linfocítica crónica/linfoma de células linfocíticas pequeñas (CLL/SLL) - Hemoglobinopatía - Fallo de la médula y desórdenes relacionados (es decir, Fanconi's, HPN, Aplasia pura de células rojas) - Mielodisplasia/síndromes mielodisplásicos - Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) - Inmunodeficiencia combinada severa - Anemia aplásica severa o muy severa 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: Todos los cargos</p>

Trasplante de órganos y tejidos, continúa en la próxima página

Trasplantes de órganos y tejidos (Cont.)	
<ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes autólogos para: <ul style="list-style-type: none"> - Leucemia linfocítica y no-linfocítica aguda (es decir, mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recurrente) - Linfoma no Hodgkin avanzado con recurrencia (recurrente) - Amiloidosis - Neuroblastoma 	Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: Todos los cargos
<p>Estos trasplantes de médula ósea o células madre de la sangre estarán cubiertos bajo un estudio de investigación clínica (<i>clinical trial</i>) aprobado solo en un Instituto Nacional de Cáncer o en Institutos Nacionales de la Salud, o en centros de excelencia designados por el Plan y si es aprobado por el director médico del Plan, de acuerdo con los protocolos del Plan.</p> <p>Si usted participa en un estudio de investigación clínica (<i>clinical trial</i>), el Plan le proveerá beneficios de cuidados rutinarios relacionados que sean médicamente necesarios (tales como visitas a médicos, pruebas de laboratorio, rayos X, tomografías y hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la condición del paciente) si no son provistos por el estudio de investigación clínica. La Sección 9 tiene información adicional sobre costos relacionados con los estudios de investigación clínica. Le exhortamos a que contacte al Plan para discutir servicios específicos si usted participa en un estudio de investigación clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes alogénicos para: <ul style="list-style-type: none"> - Linfoma de las células linfocíticas pequeñas en su etapa inicial (asintomática o no avanzada) - Mieloma múltiple, hasta los 65 años de edad • Mini-trasplantes (no mieloblatoivo alogénico, acondicionamiento de intensidad reducida –AIR) para: <ul style="list-style-type: none"> - Leucemia linfocítica aguda o no linfocítica (es decir, mielógena), hasta los 60 años de edad - Linfoma de Hodgkin avanzado - Linfoma no Hodgkin avanzado - Leucemia linfocítica crónica - Leucemia mielógena crónica - Linfoma de las células linfocíticas pequeñas en su etapa inicial (asintomática o no avanzada) - Mieloma múltiple, hasta los 65 años de edad - Anemia falciforme (sickle cell) • Trasplantes autólogos para: <ul style="list-style-type: none"> - Cáncer de páncreas agudo en niños - Sarcoma de Ewing agudo - Cáncer de mama - Rabdomiosarcoma en niños - Linfoma de las células linfocíticas pequeñas en su etapa inicial(asintomática o no avanzada) 	Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: Todos los cargos

Trasplante de órganos y tejidos, continúa en la próxima página

Trasplantes de órganos y tejidos (Cont.)	
<ul style="list-style-type: none"> - Cáncer epitelial de ovario - Linfoma de células del manto (linfoma no de Hodgkin) <p>Nota: Nosotros cubrimos los gastos médicos y hospitalarios del donante, cuando cubrimos al paciente, para todos los trasplantes de órganos/tejidos cubiertos. Nosotros cubrimos las pruebas de reconocimiento al donante actual de un órgano sólido o hasta cuatro donantes para los trasplantes de médula ósea/células madres, adicional a las pruebas a los familiares.</p>	<p>Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: Todos los cargos</p>
<p>Programa Nacional de Trasplantes (NTP, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: Todos los cargos</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pruebas de reconocimiento de donantes y los gastos de búsqueda de un donante, excepto como indicado anteriormente</i> • <i>Implantes de órganos artificiales</i> • <i>Donantes vivos para trasplantes de intestinos en adultos y niños</i> • <i>Trasplantes que no aparecen en la lista como cubiertos</i> • <i>Transportación, comidas y gastos de estadía</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Anestesia	
<p>Servicios profesionales provistos en</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital (paciente hospitalizado) • Facilidad ambulatoria en un hospital • Unidad de Cuidado de Enfermería Especializada • Centro de cirugía ambulatoria • Oficina 	<p>Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: Todos los cargos</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Anestesia para cirugías y procedimientos no cubiertos</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Sección 5(c). Servicios provistos por un hospital u otra instalación y servicios de ambulancia

Datos importantes de estos beneficios que debe tener en cuenta:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones que aparecen en este folleto, y se pagarán únicamente cuando nosotros determinemos que son médicamente necesarios.
- Para obtener los beneficios máximos, los médicos del Plan deben proveer los servicios o coordinar su cuidado, y usted tiene que ser hospitalizado en una instalación participante del Plan.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También, lea la Sección 9 sobre la coordinación de beneficios con otros seguros, incluido Medicare.
- Las cantidades que aparecen a continuación son por cargos facturados por las instalaciones (tales como hospitales y centros de cirugías), o servicios de ambulancia para su cirugía o cuidado. Cualquier costo asociado a los cargos profesionales (p. ej. médicos, etc.) están en la sección 5(a) o (b).
- Refiérase a la Sección 3 para más información sobre nuestra Red de Hospitales de Cuidado Coordinado disponible para usted.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red de proveedores del Plan dentro de nuestra área de servicios, usted paga por los servicios recibidos y el Plan le reembolsará el 90% de la tarifa establecida por el Plan, después de descontar la cantidad del copago o coaseguro que aplique. Por favor refiérase a la Sección 1, *Quién provee mi cuidado de salud*, para más información sobre servicios de emergencias rendidos fuera del área de servicio.

Descripción de beneficios	Usted paga
Hospitalizaciones	
<p>Habitación y comida, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • acomodo en una sala, cuarto semiprivado o cuidado intensivo, • cuidado general de enfermería; y • comidas y dietas especiales <p>NOTA: La Red de Hospitales de Cuidado Coordinado está disponible con asistencia personalizada para su conveniencia. Refiérase a la Sección 3 para información sobre los servicios disponibles para usted.</p> <p>NOTA: Si usted escoge una habitación privada cuando no es médicamente necesaria, usted tendrá que pagar cualquier cargo adicional por encima de la tarifa de habitación semiprivada.</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p>Otros servicios hospitalarios y materiales, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salas de operaciones, recuperación, maternidad y tratamientos • Medicamentos recetados • Pruebas de laboratorio y rayos X para propósito de diagnóstico • Administración de sangre y productos de sangre • Sangre o plasma sanguíneo, si no ha sido donada o reemplazada • Vendajes, entablillados, yesos y servicios de bandejas estériles • Materiales y equipo médico, incluye oxígeno • Anestésicos, incluidos los servicios de enfermera anestesista • Materiales médicos, aparatos, equipo médico, y cualquier otro artículo cubierto facturado por un hospital para uso en el hogar 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>

Descripción de beneficios	Usted paga
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuidado de custodia, descanso, cuidado domiciliario o de convalecencia</i> • <i>Instalaciones no cubiertas, tales como asilos de ancianos, escuelas</i> • <i>Artículos y servicios para la comodidad personal, tales como teléfono, televisión, servicio de barbería, comidas o camas para visitantes</i> • <i>Servicios de enfermería privada</i> • <i>Hospitalizaciones para cirugías y procedimientos no cubiertos</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Servicios ambulatorios en hospital o en centro de cirugía ambulatoria</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Salas de operaciones, salas de recuperación u otras salas de tratamiento • Medicamentos recetados • Servicios de patología • Administración de sangre y plasma sanguíneo y otros productos biológicos • Sangre o plasma sanguíneo, si no ha sido donada o reemplazada • Vendajes, yesos y servicios de bandejas estériles • Materiales médicos, incluye oxígeno • Anestésicos y servicios de anestesia <p>Nota: Nosotros cubrimos los servicios y materiales de hospital relacionados con procedimientos dentales cuando son necesarios debido a una condición física, no dental. No cubrimos los procedimientos dentales.</p>	<p>Dentro de la Red: \$25 de copago por el uso de la instalación cuando se ha realizado una cirugía ambulatoria.</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p>Pruebas previas a una operación</p>	<p>Dentro de la Red: Nada por rayos-X, \$1.00 por prueba de laboratorio; 20% del coaseguro para polisomnografía, amniocentesis genética, pruebas vasculares y cardiovasculares no invasivas, incluso electrocardiograma y EEG.</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cargos en que usted incurre por servicios ambulatorios en un hospital o facilidad por cirugías o procedimientos no cubiertos.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
<p>Beneficios de cuidado extendido/unidad de cuidado de enfermería especializada</p>	
<p>Facilidad de Cuidado de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Cuidado ilimitado médicamente apropiado, lo cual incluye cama, comida y cuidado de enfermería general; medicamentos, productos biológicos, materiales y equipos usualmente provistos o coordinados por la facilidad de cuidado de enfermería especializada, cuando son ordenados por un proveedor del Plan. Usted o su proveedor del Plan tienen que obtener una precertificación del Plan antes de ser recluido en una facilidad de cuidado de enfermería especializada, según se detalla en la página 20.</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuidado de custodia, curas de descanso o cuidado domiciliario o de convalecencia.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Descripción de beneficios	Usted paga
Cuidado de hospicio	
<p>Cuidados paliativos y de apoyo a asegurados con una expectativa de vida proyectada de seis meses o menos, debido a una condición médica terminal cubierta en el hogar</p> <p>Nota: Los servicios requieren una precertificación y están sujetos al protocolo de Triple-S Salud.</p> <p>El cuidado de hospicio se centra en aliviar el dolor, la ansiedad, el sufrimiento y otros síntomas de enfermedades crónicas y terminales que asisten a todas las necesidades emocionales y espirituales del asegurado y las de sus familias. La duración de los servicios cubiertos por un hospicio no excederá de 120 días.</p>	<p>Dentro de la Red: Nada, cubierto a través de Manejo de Caso</p> <p>Fuera de la Red: Todos los cargos</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicio de enfermería independiente</i> • <i>Servicios de ama de llaves</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>
Ambulancia	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios locales prestados por ambulancias profesionales cuando son médicamente necesarios 	<p>Usted somete la reclamación del proveedor y nosotros le reembolsamos. Pagamos todos los cargos. Usted no paga nada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ambulancia aérea dentro del área de servicio, provistos por un proveedor del Plan 	<p>Nada</p>
<p><i>Servicios no cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicio de ambulancia aérea fuera del área de servicio</i> • <i>Servicios de ambulancia aérea provistos por un proveedor que no es del Plan</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Sección 5(d). Servicios de emergencia/accidentes

		<p>Datos importantes sobre estos beneficios que debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones que aparecen en este folleto, y se pagarán únicamente cuando nosotros determinemos que son médicamente necesarios.• Lea la Sección 4, <i>Sus costos por servicios cubiertos</i>, para obtener información valiosa sobre cómo funcionan los costos compartidos. También, lea la Sección 9 sobre la coordinación de beneficios con otros seguros, incluido Medicare.	
--	--	---	--

¿Qué es una emergencia médica?

Una emergencia médica es el comienzo súbito e inesperado de una condición o lesión que usted cree pueda poner su vida en peligro, o que podría resultar en una lesión grave o discapacidad, y que requiere cuidado médico o quirúrgico inmediato. Algunas condiciones son emergencias porque, si no se tratan de inmediato, podrían tornarse más serias; por ejemplo: heridas profundas y huesos fracturados. Otras son emergencias porque representan una amenaza potencial a la vida como son los ataques al corazón, derrames cerebrales, envenenamientos, heridas de bala o falta repentina de la respiración. Hay muchas otras condiciones agudas que este Plan puede determinar que son emergencias médicas –lo que tienen en común es la necesidad de acción rápida–.

Qué hacer en caso de emergencia

Emergencias dentro de nuestra área de servicio:

Tenemos un número de teléfono libre de cargos disponible las 24 horas del día. Llame al **1-800-255-4375** para obtener consejos por profesionales de la salud sobre su condición. Además, usted puede llamar a su médico generalista. En emergencias extremas, si no puede ponerse en contacto con su médico generalista o con la línea de ayuda las 24 horas, llame al servicio de emergencias médicas local (ej. el sistema telefónico 911) o vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano. Cuando usted llame al número de teléfono libre de cargos arriba mencionado y reciba una recomendación o un número de registro, no tendrá que pagar los \$25 de copago, solo pagará \$10 por el uso de la sala de emergencia. Además, si la emergencia resulta en una admisión al hospital, no pagará nada por la admisión.

Emergencias fuera de nuestra Área de Servicio:

Usted puede llamar al servicio de emergencia local (ej. el sistema 911) o ir a la sala de emergencia más cercana. Los beneficios estarán disponibles para cualquier servicio médicamente necesario que requiera atención inmediata debido a una lesión o enfermedad súbita a través de los proveedores de los Planes Cruz Azul y Escudo Azul (Blue Cross and Blue Shield). Cuando se utilice un proveedor no participante en el Plan, este Plan pagará el 90% de los cargos usuales, acostumbrados y razonables para el área en donde se prestaron los servicios de emergencia, después de descontar cualquier deducible y coaseguro aplicable. Usted pagará el resto de los cargos.

- Con su autorización, este Plan pagará beneficios directamente a un proveedor no participante por servicios de emergencia una vez se someten los recibos de su reclamación. Los médicos no participantes someterán sus facturas usando el formulario CMS 1500. Si usted ha tenido que pagar por los servicios, someta al Plan una factura detallada con los recibos, e incluya una explicación de los servicios y la información que aparece en su tarjeta de identificación.
- Los pagos se harán a usted (o al proveedor, si usted no pagó la factura), a menos que éstos sean denegados. Si son denegados, se le informará nuestra decisión e incluiremos la razón de la denegación y la sección del contrato en la cual se basa la denegación. Si no está de acuerdo con la decisión del Plan, usted puede solicitar una reconsideración de acuerdo con el procedimiento de apelación sobre una reclamación descrito en las páginas 69 a la 71.

Descripción de beneficios	Usted paga
Emergencias dentro de nuestra área de servicio	
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de emergencia en la oficina de un médico 	\$7.50 por visita a oficina si el servicio lo presta un médico generalista o \$10 por visita a oficina a un médico especialista
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de emergencia en una sala de emergencia y en un centro de cuidado urgente 	\$25; si recomendamos la visita, \$10
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de emergencia cuando está hospitalizado, incluso los servicios médicos. 	Nada
<p><i>No cubierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Cuidado electivo o cuidado cuando no hay una emergencia</i> 	<i>Todos los cargos</i>
Emergencias fuera de nuestra área de servicio	
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de emergencia en la oficina de un médico Servicio de emergencia en un centro de cuidado urgente Cuidado de emergencia en las clínicas ambulatorias de un hospital o cuando está hospitalizado, incluidos los servicios médicos <p>NOTA: Vea la Sección 5(h), <i>Bienestar y otros beneficios especiales</i>, para información sobre el Programa BlueCard®.</p>	<p>10% de los cargos permitidos</p> <p>Nota: Cuando utilice proveedores no participantes, usted deberá someter la factura del proveedor y solicitar reembolso. El Plan le reembolsará el 90% del cargo usual, acostumbrado y razonable para el área en donde ocurrió la emergencia, o de acuerdo con las tarifas de proveedores no participantes del plan local de la Blue Cross Blue Shield, después de descontar cualquier copago o coaseguro que aplique. Cuando utilice proveedores participantes, el Plan pagará beneficios al 90% del cargo usual, acostumbrado y razonable para el área en donde ocurrió la emergencia o de acuerdo con las tarifas del Plan local del Blue Cross Blue Shield, después de descontar cualquier copago o coaseguro que aplique.</p>
Ambulancia	
<ul style="list-style-type: none"> Servicios locales por ambulancias profesionales cuando son médicamente apropiados. <p>Nota: Vea la Sección 5(c), <i>Servicios provistos por un hospital u otra instalación y servicios de ambulancia</i>, para servicios cuando no hay una emergencia.</p>	<p>Usted tiene que presentar la factura del proveedor y solicitarnos el reembolso. Nosotros pagaremos todos los cargos. Usted no paga nada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de ambulancia aérea dentro del área de servicio provistos por un proveedor del Plan. 	Nada
<p><i>No cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Servicio de ambulancia aérea fuera del área de servicio</i> <i>Servicios de ambulancia aérea provistos por un proveedor que no es proveedor del Plan.</i> 	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(e). Beneficios de salud mental y uso de sustancias controladas

<p>Notas importantes que debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones que aparecen en este folleto, y solo se pagarán si determinamos que son médicamente necesarios. • Lea la Sección 4, <i>Sus costos por servicios cubiertos</i>, para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También, lea la Sección 9 sobre la coordinación de beneficios con otros seguros, incluido Medicare. • Usted o su proveedor de salud mental debe llamar al 1-800-660-4896 para coordinar su plan de tratamiento. Este número libre de costo está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y es donde le ayudarán a obtener cuidado de salud mental o por uso de sustancias controladas. • Si usted usa un proveedor fuera de la red del Plan dentro de nuestra área de servicios, usted paga por los servicios recibidos y el Plan le reembolsará el 90% de la tarifa establecida por el Plan, después de descontar la cantidad del copago o coaseguro que aplique. Por favor refiérase a la Sección 1, <i>Quién provee mi cuidado de salud</i>, para más información sobre servicios de emergencias rendidos fuera del área de servicio. 	
Descripción de beneficios	Usted paga
<p>Servicios Profesionales</p>	
<p>Cuando es parte de un plan de tratamiento aprobado por nosotros, cubrimos servicios profesionales provistos por un profesional en salud mental y uso de sustancias controladas, cuando ejerce dentro de los parámetros de su licencia, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos, consejeros profesionales licenciados o terapeutas conyugales y familiares.</p> <p>NOTA: Para coordinar sus servicios y asegurar que está recibiendo cuidado apropiado, usted o su proveedor del Plan debe notificarnos al inicio de su cuidado ambulatorio. Usted o su médico participante debe llamar al 1-800-660-4896 para registrarse y obtener ayuda.</p>	<p>Dentro de la Red: Su responsabilidad de los costos no será mayor a la que le aplica a otras enfermedades o condiciones.</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p>Diagnóstico y tratamiento de condiciones psiquiátricas, enfermedades mentales o trastornos mentales. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación diagnóstica • Intervención de crisis y estabilización para episodios agudos • Evaluación y manejo de medicamentos (farmacoterapia) • Pruebas psicológicas y neurológicas necesarias para determinar el tratamiento psiquiátrico apropiado • Tratamiento y consejería (incluye visitas de terapia individual o grupal) • Diagnóstico y tratamiento para alcoholismo y uso de sustancias controladas, que incluye desintoxicación, tratamiento y consejería • Cargos profesionales por tratamiento ambulatorio intensivo en la oficina de un proveedor o en otro entorno profesional • Terapia electroconvulsiva 	<p>Dentro de la Red: \$7.50 por visita a oficina y/o de terapia</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra tarifa y la cantidad facturada.</p>

Descripción de beneficios	Usted paga
Servicios Profesionales (Cont.)	
Visita médica a paciente hospitalizado	Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
Diagnósticos	
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas diagnósticas ambulatorias provistas y facturadas por un médico certificado en salud mental y uso de sustancias controladas • Pruebas diagnósticas provistas y facturadas por un laboratorio, hospital u otra instalación cubierta 	Dentro de la Red: Nada por rayos X y \$1.00 por prueba de laboratorio; 20% de coaseguro para algunas pruebas diagnósticas. Refiérase a Laboratorios, rayos X y otras pruebas diagnósticas (Sección 5a). Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas psicológicas si las realiza un psicólogo calificado 	El plan le reembolsa hasta la tarifa establecida. Usted paga cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
Hospitalización u otra instalación cubierta	
Servicios para pacientes hospitalizados provistos y facturados por un hospital u otra instalación cubierta: <ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento y comidas, por ejemplo, estadía en cuarto semiprivado o en intensivo, cuidado general de enfermería, comidas y dietas especiales y otros servicios hospitalarios <p>Recuerde: Refiérase a <i>Asuntos importantes que usted debe considerar sobre estos servicios</i> al comienzo de esta sección.</p>	Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
Hospitalario ambulatorio u otra instalación cubierta	
Servicios ambulatorios provistos y facturados por un hospital u otra instalación cubierta <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en programas de tratamiento aprobados, tales como hospitalización parcial, hogar de transición, tratamiento residencial, hospitalización de día completo, o servicio ambulatorio intensivo ofrecido a través de una institución. 	Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
No cubierto	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios no descritos en esta sección</i> <p><i>Nota: Cuando la OPM evalúe disputas sobre un plan de tratamiento, considerará si es apropiado el plan de tratamiento. Por lo general, la OPM no nos ordenará pagar o proveer un plan de tratamiento apropiado en lugar de otro.</i></p>	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados

Elementos importantes sobre estos beneficios que debe tener en cuenta:

- Cubrimos medicamentos, según se describe en la tabla que comienza en la página 55.
- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones que aparecen en este folleto, y se pagan únicamente cuando nosotros determinamos que son médicamente necesarios.
- Utilizamos un formulario cerrado (Lista de Medicamentos) para administrar los beneficios de medicamentos. Excluimos algunos medicamentos del formulario y no los cubriremos, a menos que determinemos que son médicamente necesarios para tratar su condición. Usted es responsable del costo total de los medicamentos que determinamos no son médicamente necesarios.
- Un medicamento genérico será despachado cuando esté disponible.
- En algunos casos, requerimos que usted pruebe un medicamento para tratar su condición médica antes que le cubramos otro medicamento para esa condición. Esta práctica se llama terapia escalonada. Por favor refiérase a la información específica abajo con relación a la terapia escalonada.
- Los asegurados deben asegurarse de que sus médicos obtengan aprobación previa/autorizaciones para ciertos medicamentos recetados y suministros antes que aplique la cubierta. Las aprobaciones previas o autorizaciones deben renovarse periódicamente.
- La ley federal prohíbe que las farmacias acepten medicamentos no utilizados.
- Asegúrese de leer la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, para obtener información valiosa sobre cómo funcionan los costos compartidos. También, lea la Sección 9 sobre la coordinación de beneficios con otros seguros, incluido Medicare.
- Si usa una farmacia no participante del Plan, este Plan pagará el 75% de la tarifa establecida por el Plan para medicamentos y usted paga el resto de los cargos.

Hay cierta información de la que usted debe estar al tanto. Esta incluye:

Quién puede escribir su receta - Un médico o dentista licenciado

Dónde puede obtener los medicamentos Usted puede obtener sus medicamentos a través de las farmacias dentro de la red de proveedores o de farmacias fuera de la red. Nosotros pagamos un nivel de beneficios más alto si usa una farmacia dentro de la red.

Usamos una Lista de Medicamentos. Esta lista incluye los medicamentos que han sido evaluados por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica para determinar su eficacia, seguridad, costo-efectividad, que garantice la calidad terapéutica, minimizando la utilización inadecuada que pueda afectar la salud del paciente. Por favor, refiérase a la Lista de Medicamentos para más información sobre descripciones de los niveles de beneficio, términos de farmacia, modificaciones de uso e instrucciones especiales. Nos reservamos el derecho de escoger aquellos medicamentos recetados que se incluirán en la cubierta de medicamentos. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no será cubierto hasta que dicho medicamento sea evaluado y recomendado para su inclusión por nuestro Comité de Farmacia y Terapéuticos. Además, cualquier medicamento nuevo de una clase terapéutica excluida también se considerará como excluido.

Los beneficios se proveen para el asegurado y sus dependientes que estén cubiertos, y para medicamentos recetados por un doctor o dentista, una vez haya pagado el copago que aplique.

Tenemos una Lista de Medicamentos. Si su médico cree que un medicamento de marca es necesario y el genérico no está disponible, su médico podrá recetarle uno de marca que esté en la Lista de Medicamentos. Esta lista de medicamentos de marca es una lista de medicamentos que han sido seleccionados porque cubren las necesidades de los pacientes a un costo menor. Para ordenar la Lista de Medicamentos, llame al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) si llama desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU..

Estas son las limitaciones para el despacho de medicamentos. Este Plan sigue las guías de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para manejar la cubierta de farmacia. Estas incluyen dosis, medicamentos genéricos y las nuevas clasificaciones de medicamentos, entre otras.

Nosotros cubrimos medicamentos recetados, no controlados, que son despachados dentro de un período de doce meses (con 5 repeticiones) a partir de la fecha de la receta original que escribió el doctor, dentista o podiatra, si no excede la

cantidad normal para 30 días de abastecimiento. Las farmacias de la red no despacharán ninguna orden demasiado cerca de la fecha de despacho de la orden anterior. Si este es el caso, la farmacia se pondrá en contacto con nosotros para obtener nuestra autorización.

Algunos medicamentos requieren una precertificación. La Lista de Medicamentos identifica los medicamentos que requieren precertificación con las iniciales **PA**. La farmacia también se pondrá en contacto con nosotros para obtener autorización para cambios en dosis y cuando los cargos excedan los \$750 por receta despachada. Algunos medicamentos solamente serán despachados por farmacias especializadas (CVS Caremark Specialty Pharmacy, Axiom Healthcare Specialty Pharmacy, Special Care Pharmacy Service, SPS Specialty Pharmacy Services y Walgreens Specialty Pharmacy), con el propósito de verificar que estos medicamentos sean recetados y despachados apropiadamente. Para obtener una lista de estos medicamentos, llame al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) si llama desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU..

Cuando esté planificando un viaje y necesite obtener la repetición de un medicamento por adelantado, usted tendrá que presentar la receta junto con su pasaje aéreo para permitirle a la farmacia obtener la autorización del Plan.

Se despachará un medicamento genérico si está disponible

Si usted o su médico escogen utilizar un medicamento de marca indicando en la receta “Original” o “Despáchese Según Escrito”, si existe un medicamento genérico con aprobación Federal, usted tendrá que pagar el copago correspondiente al medicamento genérico más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico, siendo que el medicamento de marca no es medicamento necesario. Triple-S Salud pagará hasta el costo del medicamento genérico. Si un medicamento genérico no se fabrica, se despachará el medicamento de marca y usted tendrá que pagar el copago del medicamento de marca.

*El Programa de Farmacia de Triple-S Salud es un producto de Triple-S Salud administrado por Abarca Health LLC., un contratista independiente de servicios de farmacia.

¿Por qué usar medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos son medicamentos que tienen un precio más bajo y la misma equivalencia terapéutica que los medicamentos de marca más costosos. Ellos tienen los mismos ingredientes activos y tienen que tener la misma potencia y dosis que los medicamentos de marca originales. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos establece las normas de calidad para los medicamentos genéricos para asegurar que estos medicamentos reúnen las mismas normas de calidad y potencia que los medicamentos de marca.

Usted puede economizar dinero usando medicamentos genéricos ya que no paga nada. Sin embargo, su médico del Plan y usted tienen la opción de especificar que se despache un medicamento de marca aun cuando un medicamento genérico esté disponible, pero le costará más caro. Usando los medicamentos que son más costo-efectivos se ahorra dinero.

Programa de Terapia Escalonada

En algunos casos, se le requiere que utilice primero un medicamento para su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B ambos tratan su condición, requerimos que su médico recete primero el medicamento A. Si el medicamento A no trabaja para su condición, entonces cubriremos el medicamento B. Este programa requiere la utilización de medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés) o medicamentos genéricos antes de utilizar otros medicamentos para ciertas condiciones médicas. La porción que requiere el uso previo del OTC incluye los inhibidores de la bomba de protones (PPI), antihistamínicos no sedantes y los agentes para alergias oculares. La porción que requiere el uso previo del genérico incluye: colesterol (estatinas), osteoporosis (bifosfonatos orales), alergias (corticosteroides nasales) y bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARB's) para la hipertensión, hipnóticos, medicamentos para el manejo del dolor, déficit de atención con hiperactividad (ADHD), asma, diabetes y antidepresivos.

Programa de Manejo de Medicamentos Especializados

Los productos especializados son aquellos utilizados para tratar condiciones crónicas y de alto riesgo, tales como cáncer, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, hemofilia, Hepatitis C, entre otras. Estos requieren una coordinación o manejo especial dado a la complejidad de su composición. Usted deberá llevar su receta de productos especializados a las siguientes dos farmacias especializadas; CVS Caremark Specialty Pharmacy y Axiom Healthcare PR Pharmacy. Una vez usted seleccione su farmacia preferida, usted recibirá una evaluación del personal especializado en manejar condiciones crónicas con el fin de identificar cualquier necesidad o pregunta que tenga sobre el manejo de su medicamento especializado. Además, usted podrá coordinar la entrega de su medicamento al lugar de su elección y tendrá acceso al personal de farmacia y la opción de ordenar repeticiones, o verificar su estatus a través de la página de internet para los participantes del programa. Este personal colaborará con su médico en el manejo de su condición

y su terapia de medicamentos. Para más información, llame al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE.UU..

Programa de envío de medicamentos por correo

Si lo solicita, le enviaremos información sobre nuestro Programa de Envío de Medicamentos por Correo, inclusive el formulario para la primera orden. Cuando visite a su médico, muéstrele la tarjeta: Aviso Importante para Médicos. Para el primer servicio bajo este programa, él/ella debe escribir dos recetas para usted:

- Una receta para un período de 30 días a ser despachada inmediatamente por cualquier farmacia participante.
- Una receta para un período de 90 días, e incluye una (1) repetición. Esta receta es la que va a ser despachada por la farmacia del Programa de Envío de Medicamentos por Correo.

Complete el formulario para ordenar el primer servicio; debe completar una orden para cada persona participando en el programa. Usted debe devolver el formulario y la receta original. Use el sobre predirigido que se incluye en el paquete informativo. Si el asegurado del Plan es menor de 18 años, el padre, la madre o su tutor legal tiene que firmar el formulario. Envíe su orden con la información requerida a: MedVantx, Inc., PO Box 5736, Sioux Falls, SD 57117. Espere 10 días aproximadamente para la entrega del medicamento.

Después de esto, usted puede ordenar las repeticiones por correo o teléfono.

- **Por correo** - Usted deberá utilizar el formulario que le enviamos para poder ordenar la repetición de sus medicamentos. Recuerde reordenarlo a tiempo para evitar atrasos en recibir su repetición.
- **Por teléfono** - Usted puede llamar al número libre de cargos 1-866-881-6221 o 1-605-978-3902
- **Por fax** - Usted puede enviar sus documentos al 1-877-999-3679.

Servicio de abastecimiento para 90 días (Flex90®) en farmacias al detal

Flex90® es un programa voluntario que le permite obtener abastecimiento de 90 días de algunos medicamentos de mantenimiento en farmacias al detal participantes del programa. Para más información, llámenos al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) en Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) en las Islas Vírgenes de EE.UU..

Cuándo tiene que presentar una reclamación

Usted debe presentar una reclamación cada vez que usa una farmacia fuera de la red. El Plan reembolsa el 75% de las tarifas que ha establecido para medicamentos recetados y usted pagará el resto de los cargos. Usted deberá presentar una factura detallada y/o los recibos al Plan. Para más información al respecto, vea la Sección 7, *Cómo someter una reclamación por servicios cubiertos*.

Descripción de Beneficios	Usted paga
<p>Medicamentos y materiales cubiertos</p> <p>Cubriremos los medicamentos recetados basándonos en una Lista de Medicamentos. Nosotros cubrimos los siguientes medicamentos y suministros ordenados por un médico o dentista participante en el Plan y obtenidos en una farmacia participante en el Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos y medicamentos que por ley Federal de los Estados Unidos requieren que sean recetados por un médico para poder ser comprados, excepto aquellos que se listan bajo Lo que no se cubre. • Insulina • Los suplidos para diabéticos están limitados a: <ul style="list-style-type: none"> - Aguja desechable y jeringuilla necesarias para inyectar los medicamentos cubiertos. • Medicamentos para la disfunción sexual - se limita a seis (6) píldoras por mes para hombres de 18 años o más. • Vitaminas únicamente si incluyen la leyenda “La ley Federal prohíbe el despacho sin receta”, incluye vitaminas prenatales. <p>Nota: Los fluidos y medicamentos intravenosos para uso en el hogar, medicamentos implantables y algunos medicamentos inyectables están cubiertos bajo el Beneficio Médico-Quirúrgico (también están cubiertos bajo el Beneficio Médico-Quirúrgico cuando son provistos como parte de un programa de servicios de salud en el hogar).</p>	<p>Usted paga los siguientes copagos por medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos obtenidos a través de una farmacia participante del Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición • Nivel 2: medicamentos de marca preferidos, \$20 por unidad o repetición • Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$20, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$125 por unidad o repetición • Nivel 4: medicamentos especializados/biotecnológicos preferidos, 25% o \$200, lo que sea menor por unidad o repetición • Nivel 5: medicamentos especializados/biotecnológicos no preferidos, 30% o \$300, lo que sea menor por unidad o repetición

Descripción de Beneficios	Usted paga
<p>Exención de copago en medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos <ul style="list-style-type: none"> ○ Solo incluye inhibidores ACE, ARBs e Inhibidores Renin Directo • Antidiabéticos orales <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos antidiabéticos por vía oral, excepto inyectables • Antihiperlipidémicos <ul style="list-style-type: none"> ○ Solo incluye estatinas • Naloxone 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Nota: Aplica solo para los medicamentos genéricos. Para los copagos o coaseguros de los medicamentos de marca, refiérase al Nivel 2 y Nivel 3.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para mujeres con receta <p>Nota: Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA y el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud y disponibles sin receta requieren una orden médica por escrito emitida por un proveedor autorizado. Por favor consulte el formulario de medicamentos para ver la lista completa.</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para dejar la dependencia al tabaco aprobados por la FDA (recetados y OTC), incluye parchos de nicotina 	<p>Dentro de la Red: Nada</p>
Medicamentos de Cuidado Preventivo	
<p>Medicamentos para promover una mejor salud según lo recomendado por ACA.</p> <p>Los siguientes medicamentos y suplementos están cubiertos sin costo, incluso si son de venta libre, son prescritos por un médico Profesional y despachado en una farmacia de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspirina (81 mg) utilizada por adultos entre las edades de 50 y 75 años con 10% de riesgo cardiovascular a 10 años para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal • Suplementos de ácido fólico de 400 y 800 mcg para mujeres en edad reproductiva • Suplementos líquidos de hierro para niños de 4 meses hasta 21 años con riesgo de anemia • Fluoruro en tabletas o solución (no enjuagues de dientes) para niños de las edades 0-5 años. • Medicamentos preventivos de cáncer de seno como Tamoxifen o Raloxifene • Medicamentos preventivos con estatinas para adultos entre las edades de 40 y 75 años sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares, 1 o más factores de riesgo para dichas enfermedades y un riesgo de 10% o más, calculado a 10 años, de sufrir un evento cardiovascular <p>Nota: Para recibir este beneficio, una receta de un médico debe ser presentada a la farmacia.</p>	<p>Dentro de la Red: Nada</p>
<p>Programa de medicamentos por correo y Flex90[®]</p> <p>El programa tiene las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abastecimiento para 90 días, e incluye una (1) repetición • Las siguientes clases de medicamentos no se despacharán a través de estos programas para 90 días: Anticoagulantes, Migraña, Disfunción 	<p>Usted es responsable de los siguientes copagos por medicamentos que están en la Lista de Medicamentos:</p>

Descripción de Beneficios	Usted paga
<p>eréctil, Psicoterapéuticos, Inyectables, Gotas, Soluciones, Inhaladores, Aerosoles, Antibióticos, Agentes Antimicobacteriales, Antineoplásicos, Corticosteroides, Parches, Cremas tópicas, Vitaminas, Antihistamínicos, Inhibidores de la Bomba de Protón (PPI), Antagonistas H2, Incontinencia urinaria, Analgésicos, Antiinflamatorios y para Gota.</p> <p>Nota: El Nivel 4 y Nivel 5 no están disponibles bajo el Programa de Medicamentos por Correo/Flex90® porque los medicamentos especializados/biotecnológicos solo los despachan las farmacias especializadas.</p> <p>Nota: Este programa solo está disponible para algunos medicamentos de mantenimiento. Vea la Sección 7 para instrucciones de cómo usar el Programa de Envío de Medicamentos por Correo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: \$4 por medicamentos genéricos por unidad o repetición • Nivel 2: medicamento de marca preferido, \$40 por unidad o repetición • Nivel 3: medicamento de marca no preferido, 20% o \$60, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$375, por unidad o repetición <p>Nota: Usted no paga por los costos de envío.</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos y suministros para propósitos cosméticos • Vitaminas, nutrientes y suplementos alimenticios no especificados como beneficios cubiertos, aun cuando un médico los haya recetado o administrado. • Medicamentos disponibles sin receta o para los cuales hay disponible un medicamento equivalente que no requiere receta (Excepto: Prilosec OTC 20mg, Nexium, Claritin y sus genéricos; y Zaditor y sus genéricos que están cubiertos con \$0.00 copago; cuando son recetados por un médico). • Suministros médicos, tales como: vendajes, antisépticos, lancetas y tirillas • Medicamentos provistos por farmacias localizadas fuera de Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE.UU., los Estados Unidos y sus territorios, excepto por emergencias • Medicamentos para tratamiento de infertilidad • Medicamentos para aumentar el rendimiento atlético • Medicamentos que son experimentales o que están bajo investigación, a menos que no hayan sido aprobados por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) • Medicamentos para el control de la obesidad y medicamentos relacionados usados en este tratamiento (excepto los medicamentos para la obesidad mórbida que si están cubiertos). • Terapias hormonales para condiciones no aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Sección 5(g). Beneficios dentales

Información importante que debe tener en mente sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones que aparecen en este folleto, y se pagan únicamente cuando nosotros determinamos que son médicamente necesarios.
- Si usted está suscrito al Plan Dental del Programa del Plan de Visión y Dental para Empleados Federales (FEDVIP), su Plan FEHB será el pagador primario para el pago de cualquier beneficio y su Plan FEDVIP será el pagador secundario a su Plan FEHB. Vea la Sección 9, *Coordinando beneficios con otro seguro*.
- Nosotros cubrimos hospitalizaciones para procedimientos dentales cuando existe una condición física no-dental la cual hace necesaria la hospitalización para proteger la salud del paciente. Vea la Sección 5(c) para beneficios de hospitalización. Nosotros no cubrimos procedimientos dentales a menos que no sea por lo descrito adelante.
- Si utiliza los servicios de un dentista no participante, usted paga por los servicios recibidos y el Plan le reembolsará el 90% de la tarifa establecida luego de descontar cualquier copago o coaseguro aplicable para servicios prestados en el área de servicio, o las tarifas establecidas por el Plan cuando los servicios se reciben fuera del área de servicio, luego de descontar cualquier copago o coaseguro que aplique. Usted pagará por cualquier cargo restante. En las Islas Vírgenes de EE.UU., el dentista someterá la reclamación directamente a nosotros y le pagaremos de acuerdo con las tarifas que el Plan ha establecido para las Islas Vírgenes de EE.UU..
- Un dentista del Plan es un dentista debidamente autorizado con licencia regular expedida por la agencia designada del Gobierno de Puerto Rico, quien es asegurado activo del Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico y ha firmado un contrato con Triple-S Salud para prestar servicios dentales, o tiene una licencia expedida por el Departamento de Salud de las Islas Vírgenes de EE.UU. y ha firmado un contrato con la Blue Cross Blue Shield para prestar servicios dentales. Un dentista no participante es un dentista debidamente autorizado con licencia regular, quien no ha firmado contrato con la Triple-S Salud o con la Blue Cross Blue Shield de las Islas Vírgenes de EE.UU. para prestar servicios dentales.
- Lea la Sección 4, *Sus costos por servicios cubiertos*, para información valiosa sobre cómo funcionan los costos compartidos. También, lea la Sección 9 sobre la coordinación de beneficios con otros seguros, incluido Medicare.

Descripción de Beneficios	Usted paga
Beneficio en lesiones accidentales	Usted paga
Cubrimos los servicios y materiales para la restauración (pero no reemplazo) de dientes naturales sanos dentro de un período de seis meses. La necesidad de estos servicios debe ser como resultado de una lesión accidental. Una lesión causada al masticar no se considera como accidental.	Dentro de la Red: 25% Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
Descripción de Beneficios	Usted paga
Beneficios dentales	
La cubierta dental está limitada a: Diagnósticos <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación oral periódica (D0120) • Evaluación oral limitada (D0140) • Evaluación oral completa (D0150) • Radiografías periapicales y de mordida, limitada a seis (6) radiografías periapicales y no más de dos (2) radiografías de mordida por año calendario (D0220, D0230, D0270, D0272) • Limpieza dental para adultos y niños, limitado a uno cada seis (6) meses (D1110, D1120) • Tratamiento de fluoruro, uno cada seis (6) meses para menores de 19 años de edad (D1208) 	Dentro de la Red: Nada Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.

Descripción de Beneficios	Usted paga
Beneficios dentales (Cont.)	
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de fluoruro, uno cada seis (6) meses para asegurados mayores de 19 años de edad (D1208) • Radiografías panorámicas, hasta un (1) grupo cada tres (3) años (D0330) 	<p>Dentro de la Red: 30%</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p>Restauraciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones en amalgamas (D2140-2161) • Plástico, porcelana o mezcla de varios elementos (para dientes anteriores y posteriores) (D2330-2335, D2391, D2392-D2394) • Otros servicios de restauración, uso de un perno retenedor por diente, además de las restauraciones (D2951) • Empastes sedativos (D2940) 	<p>Dentro de la Red: 30%</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p>Servicios generales adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de medicamentos para desensibilizar (D9910) • Tratamiento por complicaciones, post cirugía, fuera de lo común, por reporte (D9930) 	<p>Dentro de la Red: 30%</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p>Endodoncia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrir nervio expuesto, excluyendo restauración final (D3110) • Cubrir nervio no expuesto, excluyendo restauración final (D3120) • Drenaje endodóntico en dientes primarios y permanentes cuando existe una emergencia (D3221) 	<p>Dentro de la Red: 30%</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p>Cirugía Oral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracciones (D7140) • Extracción quirúrgica de dientes impactados (D7210) • Extracción quirúrgica de raíz profunda (D7250) • Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intraoral (D7510) • Remoción quirúrgica de dientes impactados (D7220-D7240) 	<p>Dentro de la Red: 30%</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro, y la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p><i>Lo que no se cubre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cualquier otro servicio que no se mencione como cubierto.</i> 	<p><i>Todos los cargos</i></p>

Sección 5(h). Bienestar y otros beneficios especiales

Beneficio	Descripción
Opción de beneficios flexibles	<p>Bajo la opción de beneficios flexibles, nosotros determinamos la manera más efectiva de proveer los servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nosotros podremos identificar otras alternativas apropiadas al cuidado tradicional y coordinar otros beneficios como una opción menos costosa. Si nosotros identificamos una alternativa menos costosa, nosotros le solicitaremos que firme un acuerdo de beneficio alternativo que incluirá todos los siguientes términos, además de otros términos, según sea necesario. Los beneficios del contrato regular continuarán hasta que usted firme y devuelva el acuerdo. • Los beneficios alternos estarán disponibles por un período de tiempo limitado y estarán sujetos a nuestra revisión continua. Usted debe cooperar en el proceso de revisión. • No hay garantía de que un beneficio alternativo aprobado ahora estará disponible para usted en el futuro. • La decisión de ofrecer un beneficio alternativo es únicamente nuestra y, excepto que se disponga expresamente en el contrato, podremos retirarlo en cualquier momento y continuar con los beneficios regulares bajo el contrato. • Si usted firma el contrato, nosotros proveeremos según lo acordado beneficios alternos por el período de tiempo establecido (a menos que las circunstancias cambien). Usted puede solicitar una extensión del período de tiempo, pero los beneficios regulares continuarán si no aprobamos su solicitud. • Nuestra decisión de ofrecer o retirar los beneficios alternos no está sujeta a revisión por la OPM bajo el método para resolver disputas. Sin embargo, si al momento en que tomemos una decisión en cuanto al beneficio alternativo también decidimos que los beneficios regulares contratados no se pagarán, entonces usted podrá disputar nuestra decisión sobre los beneficios regulares contratados bajo el proceso de apelación de reclamaciones de la OPM (Ver Sección 8).
Centro de llamadas las 24 horas del día, 7 días de la semana	<p>A través de Teleconsulta, los asegurados tienen acceso rápido a los consejos clínicos de enfermeras profesionales quienes les ayudarán a decidir si hay que ir a una sala de emergencia inmediatamente, visitar o llamar a su médico, o cómo seguir instrucciones de auto cuidado para sentirse mejor. Las enfermeras usan protocolos con bases científicas desarrollados por médicos de todas las especialidades para llegar a una recomendación para el asegurado. Llámenos al 1-800-255-4375, libre de costo. Será nuestro placer ayudarle.</p>
Programa <i>BlueCard</i>®	<p>Triple-S Salud es un concesionario independiente de la Asociación Blue Cross Blue Shield. Como en otros Planes Blue Cross Blue Shield, Triple-S Salud participa en un programa llamado el BlueCard Program. Este programa es para beneficio de los asegurados que reciben servicios de emergencia o servicios precertificados cubiertos fuera del área de servicio de Triple-S Salud a través de proveedores del plan.</p> <p>Cuando los servicios se reciban fuera del área geográfica de Puerto Rico y las reclamaciones para esos servicios se procesen a través del BlueCard Program,</p>

Beneficio	Descripción
	<p>la cantidad (coaseguro, copago o deducible) pagada por estos servicios se determinará con base en los acuerdos como cantidad estimada equivalente entre los planes Blue Cross o Blue Shield del área con el proveedor participante.</p> <p>La tarifa negociada podría ser un descuento de los cargos facturados equivalente a un promedio de los ahorros que el Plan Blue Cross o Blue Shield del área espera recibir de todos o de un grupo específico de sus proveedores participantes.</p> <p>El Programa BlueCard está disponible para todos los asegurados bajo un Plan Blue Cross Blue Shield. Cuando usted necesite servicios de emergencia u hospitalización precertificada y servicios médicos en cualquier estado fuera del área de servicio, usted podrá recibirlos a través de los proveedores de este Programa. Llame al 1-800-810-2583 o al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE.UU. para obtener más información. Recuerde que usted es responsable de pagar copagos y coaseguros que apliquen relacionados con el cuidado fuera del área de servicio de acuerdo con su cubierta.</p>
BlueCard Worldwide	<p>BlueCard Worldwide está disponible para todos los asegurados en un Plan asociado Blue Cross Blue Shield Association. Cuando usted necesite servicios de hospital y/o médicos de emergencia fuera de nuestra área de servicio o de los Estados Unidos de América, usted podrá recibirlos a través de proveedores del Plan local que son miembros de este programa en otros países. Llame al 1-800-810-2583 para más información.</p>
Centros de Excelencia para trasplantes/cirugía del corazón/etc.	<p>Le ofrecemos el beneficio de Blue Distinction Centers for Transplants (BDCT), que es un esfuerzo cooperativo entre los Planes Blue Cross y Blue Shield, la Asociación de los Planes Blue Cross y/o Blue Shield y las Instituciones Participantes para facilitar la prestación de cuidado de calidad de manera costo-efectiva en instituciones de vanguardia que ofrecen seis tipos de trasplantes: corazón, pulmones - sencillo o bilateral, combinación de corazón y pulmones, hígado, combinación simultánea de páncreas-riñones y médula ósea/células primitivas (autóloga/allogénica). Llame al 1-800-981-4860 o al (787) 749-4949, extensiones 4361 o 4312 para obtener más información.</p>
Telexpreso	<p>Unidad de respuesta automática interactiva que permite a los asegurados acceder información y hacer transacciones sin la intervención directa de un Representante de Servicio al Cliente. A través de este sistema el asegurado puede verificar sus beneficios, solicitar duplicados de tarjetas y verificar el estatus de una reclamación, entre otros servicios. Llámenos al 787-774-6081 (TTY 1-800-792-1370) si llama desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU..</p>

Beneficio	Descripción
<p>Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP)</p>	<p>Ofrecemos el Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP, por sus siglas en inglés) sin costo adicional para asegurados que tienen múltiples condiciones médicas, quienes toman muchos medicamentos y que tienen altos costos de farmacia. Este programa fue diseñado para nosotros por un equipo de médicos y farmacéuticos. Utilizamos este Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos para ayudarnos a proveer una mejor cubierta para nuestros asegurados. Por ejemplo, este programa nos asegura que nuestros asegurados estén utilizando los medicamentos apropiados para sus condiciones y nos ayuda a identificar posibles errores en el uso de medicamentos.</p> <p>Nosotros podemos contactar a los asegurados que cualifiquen para este programa. Si le contactamos, esperamos se integre para ayudarle con el manejo de sus medicamentos. Recuerde, no necesita pagar nada extra para participar.</p> <p>Si usted es seleccionado para participar en este Programa, le enviaremos información del programa, incluso cómo accederlo.</p>
<p>Herramienta para evaluar riesgos a la salud (HRA, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Hemos desarrollado una herramienta (HRA, por sus siglas en inglés) que evalúa estilos de vida, factores de riesgo y condiciones existentes, entre otras. Esta herramienta nos ayudará a tener un perfil claro de nuestra población asegurada y a determinar hacia dónde dirigir nuestra educación en salud y estrategias de prevención. La herramienta también ayudará a los asegurados a hacer una autoevaluación para conocer dónde se encuentran en términos de cumplimiento con los exámenes preventivos, los cambios que necesitan hacer y ganar mayor conciencia para prevenir problemas de salud en el futuro.</p> <p>Usted recibirá un Kit de Ejercicio que incluye un bulto con una botella de agua, podómetro, muñequera y cuica una vez complete su HRA. Regístrese hoy en nuestro portal www.ssspr.com. ¡Manténgase activo, manténgase saludable!</p>
<p>Centros de Cuidado Preventivo</p>	<p>Reciba su cuidado médico en una sola visita. Usted tiene más obligaciones todos los días y menos tiempo para cumplirlas y el cuidado de su salud no es una excepción. El tiempo que toma ir a una visita médica, recibir su evaluación rutinaria y manejar sus condiciones existentes, además de los gastos en que incurre con los copagos, son obstáculos en el camino de su salud. Triple-S Salud le trae el Programa de Cuidado Preventivo. ¡Los asegurados con 21 años en adelante pueden recibir todos sus servicios preventivos en un solo lugar!</p> <p>Alrededor de nuestra Isla, usted encontrará ocho Centros de Cuidado Preventivo localizados en: Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Guaynabo, Mayagüez, Ponce y San Sebastián. En estas instalaciones usted podrá recibir sus servicios preventivos e incluso evaluaciones, tales como: historial médico, examen físico, cernimiento de depresión, comportamientos de alto riesgo y educación en salud; Exámenes, tales como: CBC, colesterol, PAP (cáncer cervical), chlamydia, gonorrea, sífilis, VIH, hemoglobina glicosilada, visión; Referidos Médicos, tales como: Mamografías, vacunas, densitometría, colonoscopia, sigmoidoscopia, y mucho más. Exámenes recomendados y órdenes médicas están basadas en guías clínicas o criterio médico.</p> <p>Para información adicional, visítenos en nuestra página web www.ssspr.com.</p>

Beneficio	Descripción
<p>Análisis oncológico (<i>Oncology Analytics</i>)</p>	<p>El Análisis oncológico es un programa integral de administración de beneficios oncológicos que proporciona apoyo en la toma de decisiones clínicas sobre medicamentos oncológicos, radioterapia y pruebas moleculares y genéticas. La asociación con Oncology Analytics permite que Triple-S le provea una mejor calidad de servicio, puesto que las decisiones clínicas cuentan con el apoyo de hematólogos y oncólogos médicos y radioterapeutas, los protocolos recomendados en temas de eficiencia, toxicidad y rentabilidad, y una aplicación web sencilla que utiliza las directrices nacionales más recientes.</p> <p>Los proveedores reciben el apoyo necesario en la toma de decisiones clínicas para tomar decisiones de tratamiento óptimas que ayuden a brindar el cuidado más eficaz y económico y menos tóxico disponible. Esto optimiza los resultados y el costo del cuidado. Tener acceso a directrices basadas en datos empíricos, junto con la profundidad y el alcance clínico de un equipo profesional que asegura que usted se beneficie de las decisiones de tratamiento con el mejor valor y la más alta calidad. El Análisis oncológico aplica este enfoque basado en datos empíricos a la preautorización de medicamentos para quimioterapia, radioterapia, pruebas genéticas y el PET CT, para reducir las deficiencias o excesos en el tratamiento o el tratamiento inadecuado para los pacientes de cáncer.</p>

Sección 5(i). Beneficio de Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés)

Datos sobre la opción Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés) ofrecido por este Plan

Usted puede obtener su cuidado de un proveedor no participante del Plan sin necesidad de un referido. Los proveedores que no participan del Plan no tienen que aceptar las tarifas establecidas por Triple-S Salud como pago total por sus servicios. Si usted utiliza los servicios de un proveedor no participante del Plan, usted pagará la diferencia entre los cargos del médico no participante del Plan y la cantidad que nosotros le paguemos a usted.

Usted también puede obtener su cuidado en un hospital no participante del Plan. Un hospital no participante es una institución licenciada que se dedica principalmente a proveer servicios de diagnóstico y tratamiento bajo la supervisión de médicos y con servicios de enfermería graduada las 24 horas del día a pacientes hospitalizados. Estos hospitales no tienen que aceptar las tarifas establecidas por Triple-S Salud como pago total por sus servicios. Usted pagará cualquier diferencia entre los cargos del hospital no participante del Plan y la cantidad que nosotros le paguemos a usted. Nosotros le reembolsaremos de acuerdo con la tarifa establecida para el pago por admisiones a instalaciones no-participantes del Plan dentro de nuestra área de servicio, o por servicios fuera del área de servicio que no son de emergencia o no han sido precertificados.

Los beneficios médicos se pagan de acuerdo con la escala de tarifas para los servicios médicos. Esta es la escala de tarifas establecidas en la cual se basan los pagos de este Plan de los gastos por servicios médicos cubiertos cuando los servicios se prestan en el área de servicio, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU., o fuera del área de servicio cuando no son por emergencia o no están precertificados. Cuando los servicios se presten fuera del área de servicio y sean casos de emergencia, el Plan pagará basándose en los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se prestaron los servicios, o de acuerdo con las tarifas del Plan local de la Blue Cross Blue Shield. Cuando precertifiquemos un servicio que usted recibirá fuera del área de servicio, pagaremos por los servicios cubiertos de acuerdo con: 1) los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se prestaron los servicios; 2) las tarifas del Plan local de la Blue Cross Blue Shield; o 3) las tarifas establecidas por Triple-S Salud. La precertificación escrita que le demos a usted y a su proveedor le indicará las tarifas que utilizaremos.

Los servicios que recibe un dependiente que es estudiante a tiempo completo en una institución educativa reconocida en los Estados Unidos, Triple-S Salud los pagará de acuerdo con los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se prestaron los servicios. El (La) joven debe presentar una certificación de la institución educativa reconocida en la que está matriculado(a) como estudiante a tiempo completo con la intención de obtener un grado asociado o un bachillerato, o en estudios graduados con miras a obtener un grado (p. ej., una maestría), bajo los criterios de la institución donde estudia el (la) joven. El mismo beneficio aplica a los (las) estudiantes que entran TCC debido a su edad, mientras sean estudiantes a tiempo completo.

Cuando usted usa un proveedor no participante dentro del área de servicio, usted paga por los servicios prestados y nosotros le reembolsaremos el 90% de la tarifa establecida por el Plan, después de los copagos y coaseguros que apliquen. Para servicios de emergencia que se presten fuera del área de servicio, reembolsaremos el 90% del cargo usual, acostumbrado y razonable del área donde se prestaron los servicios, o pagaremos de acuerdo con las tarifas del Plan local de la Blue Cross Blue Shield, después de aplicar los copagos y coaseguros. Cuando precertifiquemos un servicio que usted recibirá fuera del área de servicio, pagaremos por los servicios cubiertos de acuerdo con: 1) los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se prestaron los servicios; 2) las tarifas del Plan local de la Blue Cross Blue Shield; o 3) las tarifas establecidas por Triple-S Salud. La precertificación escrita que le demos a usted y a su proveedor le indicará las tarifas que utilizaremos. Cuando reciba servicios cubiertos fuera del área de servicio que no sean por una emergencia o hayan sido precertificados, le reembolsaremos 90% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, después de cualquier copago o coaseguro que aplique. Usted es responsable de los cargos facturados por estos servicios.

Para servicios fuera de nuestra área de servicio que son de emergencia o han sido precertificados, pagaremos el 90% de los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área de servicio, después de cualquier copago o coaseguro. Para servicios fuera del área que no sean por emergencia y servicios no autorizados, usted debe pagar por los servicios prestados y Triple-S Salud le reembolsará basado en las tarifas establecidas en Puerto Rico, luego del copago o coaseguro aplicable. Usted es responsable hasta el cargo sometido por servicios de proveedores que no son parte de nuestra red.

Si usted usa los servicios de un dentista no participante, usted paga por el servicio y el Plan le reembolsará el 90% de la tarifa establecida por el Plan, luego de descontar los copagos y coaseguros que apliquen cuando los servicios se prestan dentro o fuera del área de servicio.

Los proveedores no participantes en el Plan no están obligados a aceptar nuestras tarifas establecidas como pago total. Usted paga todos los cargos por servicios que excedan lo que nosotros pagamos a proveedores no participantes en el Plan, además del copago o coaseguro.

Qué está cubierto

Los beneficios de Punto de Servicio están descritos en la Sección 5 de este folleto.

Precertificación

Vea la Sección 3 para los *servicios que requieren nuestra autorización previa*.

Qué no está cubierto

- Medicamentos recetados
- Trasplantes de órganos/tejido
- Todas las exclusiones que aparecen en las Secciones 5 y 6

Beneficios fuera del FEHB disponibles para los asegurados

Los beneficios en esta página no son parte del contrato o la prima con la FEHB, usted no puede someter una reclamación a la FEHB para ellos y no están disponibles para los residentes de las Islas Vírgenes de EE.UU.. Las tarifas que usted paga por estos servicios no cuentan para los deducibles del FEHB o el máximo a pagar de su bolsillo para la cubierta catastrófica. Estos programas y materiales son responsabilidad del Plan y todas las apelaciones deben seguir sus directrices. Para más información, comuníquese con el Plan al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) o visite el portal en la Internet www.ssspr.com.

Planes Medicare Advantage de Triple-S Salud: Los Planes Triple-S Medicare Advantage se enfocan en la salud y el bienestar de los beneficiarios de Medicare, incluso personas mayores de 65 años y personas con impedimentos mayores de 21 años de edad. Usted puede escoger entre varias opciones. Estos Planes cubren todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare y ofrecen otros servicios no cubiertos por el Plan Tradicional de Medicare.

Los Planes Triple-S Medicare Advantage le ofrecen varias opciones que incluyen Planes desde \$0 a primas bajas, copagos bajos por la mayoría de los servicios que usted obtenga dentro de la red del Plan y Planes con cubierta de farmacia extendida Parte D.

Con cualquiera de nuestros productos usted disfrutará de:

- \$0 y/o copagos y coaseguro mínimos cuando usted obtiene la mayoría de los servicios a través de nuestros proveedores del Plan.
- Usted puede escoger sus médicos y proveedores. Con nuestros Planes, usted no necesita referidos para visitar un médico o para recibir cualquiera de los servicios cubiertos.
- *Teleconsulta*, nuestra línea de orientación de salud disponible 24 horas, 7 días a la semana
- Nuestro Programa de Bienestar Total para asegurados con diabetes, hipertensión, asma y fallo cardiaco crónico
- Cubierta de medicina alterna
- Plan de Farmacia de Medicare (Parte D) sin deducible anual inicial. Los servicios se pueden obtener a través de sobre 1,000 farmacias en Puerto Rico y 55,000 en los Estados Unidos.

Si usted tiene las Partes A y B de Medicare, reside permanentemente en Puerto Rico y no tiene una condición renal en etapa terminal, ¡usted es elegible! Triple-S Salud les brinda paz mental a los beneficiarios de Medicare que viven en Puerto Rico ofreciéndoles más servicios que Medicare Tradicional por un módico costo adicional o sin costo alguno. Para más información, visite cualquiera de nuestros Centros de Servicio a través de la Isla o visite nuestro portal en la Internet www.ssspr.com. Los prospectos pueden llamar libre de cargos al 1-877-207-8777 y TTY/TDD deben llamar al 1-800-383-4457, de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Sección 6. Exclusiones generales

Servicios, medicamentos y suministros que no cubrimos

Las exclusiones que aparecen en esta sección aplican a todos los beneficios. Hay otras exclusiones y limitaciones que se listan en la Sección 5 de este folleto. Aunque podamos listar un servicio en particular como un beneficio, este no será cubierto por nosotros a menos que su médico participante del Plan determine que este es médicamente necesario para tratar su enfermedad, lesión o condición. Para más información de cómo obtener una autorización previa para servicios en específico, tales como trasplantes, vea la Sección 3, *Servicios que Requieren Nuestra Autorización Previa*.

Nosotros no cubrimos lo siguiente:

- Servicios, medicamentos o materiales que usted reciba mientras no está suscrito a este Plan;
- Servicios, medicamentos o materiales que no son médicamente necesarios;
- Servicios, medicamentos o materiales que no son requeridos de acuerdo con las normas aceptadas por la práctica de la medicina, odontología o psiquiatría;
- Procedimientos, tratamientos, medicamentos y/o dispositivos experimentales o investigativos (ver las especificaciones relacionadas con los trasplantes);
- Costos por cuidados adicionales o de investigación en estudios de investigación clínica (*clinical trials*).
- Servicios, medicamentos o suministros relacionados con abortos, excepto cuando la vida de la madre está en peligro si se mantiene el feto hasta su término normal, o cuando el embarazo es como resultado de una violación o incesto;
- Servicios, medicamentos o materiales que usted reciba de un proveedor o instalación que ha sido suspendido(a) de la participación en el programa FEHB;
- Exámenes físicos para obtener o mantener un trabajo, un seguro, ir a la escuela, a un campamento o viajar;
- Pruebas de detección de drogas para fines de empleo; o
- Servicios, medicamentos o materiales que usted reciba gratis mientras está en el servicio militar activo.

Sección 7. Cómo someter una reclamación por servicios cubiertos

Esta sección se dedica primordialmente a reclamaciones post-servicio (reclamaciones de servicios, medicamentos o suministros que usted ya recibió). Vea la Sección 3 para información sobre procesos de reclamaciones pre-servicio (servicios, medicamentos o suministros que requieren autorización previa del Plan), incluso reclamaciones de procedimientos de cuidado urgente. Cuando visita a un médico participante, recibe servicios en un hospital o facilidad (instalación) participante u obtiene un medicamento recetado de una farmacia participante en el Plan, usted no tiene que someter reclamación alguna. Solo presente su tarjeta de identificación y pague su copago o coaseguro.

Usted tendrá que someter una reclamación cuando reciba servicios de un proveedor no participante del Plan. En ocasiones, estos proveedores nos facturan directamente. Verifique con su proveedor. Si usted tiene que someter una reclamación, este es el proceso a seguir:

Beneficios médicos, hospitalarios y medicamentos

En la mayoría de los casos, los proveedores e instalaciones someterán la reclamación por usted. Los médicos usarán el formulario CMS 1500 - Hoja de Reclamaciones del Seguro de Salud (*Health Insurance Claim Form*). Las instalaciones facturarán usando el formulario UB-04. Si tiene preguntas o necesita ayuda con una reclamación, llámenos al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) si llama desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU..

Cuando usted tiene que someter una reclamación -por ejemplo, cuando obtiene servicios fuera del área de servicio-, someta el formulario CMS 1500 o un formulario de reclamación que tenga la información que aparece a continuación. Los recibos y facturas deben ser detallados y tener la siguiente información:

- El nombre del asegurado cubierto, fecha de nacimiento, dirección y su número de identificación;
- Nombre y dirección del médico o la facilidad que prestó el servicio o los materiales;
- Fecha en que recibió los servicios o los materiales;
- Diagnóstico;
- Tipo de cada servicio o material;
- El cargo por cada servicio o material;
- Copia de la explicación de beneficios, pagos, o denegación de cualquier pagador primario –tal como la *Medicare Summary Notice (MSN)*-; y
- Recibos, si usted ya pagó por sus servicios.
- En el caso de medicamentos recetados, incluya también:
 - Nombre del medicamento recetado;
 - Dosis diaria;
 - Número de receta
 - Abastecimiento despachado; y
 - Código Nacional del Medicamento (*NDC*, por sus siglas en inglés)

Nota: Cheques cancelados, recibos de cajas registradoras o estatus de cuenta de balances pendientes no son substitutos aceptables de las facturas.

Someta sus reclamaciones a:

Triple-S Salud
PO Box 363628
San Juan, Puerto Rico 00936-3628

Fecha límite para someter su reclamación

Envíe todos los documentos que tenga para su reclamación lo más pronto posible. Usted tiene hasta el 31 de diciembre del año siguiente al año en que recibió los servicios para someter su reclamación, a menos que se vea imposibilitado por una acción administrativa del Gobierno Federal o por incapacidad legal, siempre y cuando la reclamación se someta tan pronto como sea razonablemente posible.

Procedimientos de reclamaciones post servicio

Le notificaremos nuestra decisión dentro de los 30 días siguientes al recibo de su reclamación. Si alguna circunstancia fuera de nuestro control requiere una extensión de tiempo, podemos tomar hasta 15 días adicionales para nuestra evaluación, siempre y cuando le notifiquemos antes de la expiración del periodo original de 30 días. Nuestra notificación incluirá las circunstancias por las que necesitamos solicitar la extensión de tiempo y la fecha en que se espera una decisión.

Si necesitamos una extensión porque no hemos recibido la información necesaria de su parte, nuestra notificación describirá la información específica requerida y le concederemos hasta 60 días a partir del recibo de la notificación para proveernos la información.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión inicial, usted nos puede solicitar una revisión siguiendo el proceso detallado en la Sección 8 de este folleto.

Representante Autorizado

Usted puede designar un representante autorizado para actuar en representación suya para someter una reclamación o para apelar con nosotros decisiones sobre sus reclamaciones. Para reclamaciones de cuidado urgente, se permitirá que un profesional de la salud con conocimiento de su condición médica actúe como su representante autorizado sin su consentimiento expreso. Para propósitos de esta sección, también nos estamos refiriendo a su representante autorizado cuando hacemos referencia a usted.

Requisitos de notificación

Si usted reside en un país donde al menos 10 por ciento de la población es alfabetizado en un solo idioma que no es inglés (según determinado por el Secretario de Salud y Servicios Humanos), nosotros proveeremos servicios de asistencia en ese idioma. Usted puede solicitar una copia de su Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) y correspondencia relacionada, servicios verbales de idioma (como asistencia al cliente por teléfono) y ayuda, con sometimiento de reclamaciones y apelaciones (incluso revisiones externas) en el idioma aplicable que no es inglés. Las versiones en inglés de sus EOB y la correspondencia relacionada incluirán información sobre cómo acceder servicios de idioma en el idioma aplicable.

Cualquier notificación de una determinación adversa de beneficio o correspondencia de parte de nosotros confirmando una determinación adversa de beneficio, incluirá suficiente información que identifique la reclamación involucrada (incluida la fecha de servicio, el proveedor de salud, la cantidad de la reclamación, si aplica) y una declaración donde se describa la disponibilidad, según se solicite, de los códigos de diagnóstico y procedimiento.

Sección 8. Proceso de apelación sobre reclamaciones

Usted pudiera apelar directamente con la Oficina de Administración de Personal Federal (OPM, por sus siglas en inglés) si nosotros no cumplimos con los requisitos particulares en este proceso de apelación sobre reclamaciones. Para más información sobre situaciones en las cuales usted tiene derecho inmediato de apelar con la OPM, e incluso requisitos adicionales que no se listan en las Secciones 3, 7, y 8 de este folleto, por favor llame al representante de servicio al cliente de su plan al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de suscripción o en el folleto o la página web de su plan.

Por favor siga este proceso del Programa de Beneficios de salud de los Empleados Federales, si usted no está de acuerdo con nuestra decisión en una reclamación post servicio (una reclamación donde los servicios, medicamentos y abastos ya han sido provistos). En la Sección 3, *Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión antes de recibir el servicio*, describimos el proceso que usted debe seguir si usted tiene una reclamación de servicios, referidos, medicamentos o abastos que deben tener aprobación, tales como admisiones hospitalarias.

Para ayudarle a preparar su apelación, usted puede coordinar con nosotros para revisar y copiar, libre de costo, todo el material y documentos del Plan relevantes que estén bajo nuestro control relacionados con su reclamación, incluidos aquellos que involucren revisión de su reclamación por un experto. Para realizar su petición, comuníquese con nuestro departamento de Servicio al Cliente escribiendo a Triple-S Salud, Inc. (Triple-S Salud) 1441 Avenida Roosevelt San Juan, Puerto Rico 00920, o llamando al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico o 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE.UU..

Nuestra reconsideración tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información sometida por usted relacionada con la reclamación, a pesar de que la información fuese sometida o considerada en la determinación de beneficio inicial.

Cuando nuestra decisión inicial se base (completamente o en parte) en un juicio médico (ej. necesidad médica, experimental/investigativo), consultaremos el juicio médico con un profesional de cuidado de salud que posea el adiestramiento apropiado y tenga la experiencia en el campo de la medicina asociada, y que no estuvo involucrado en la decisión inicial.

Nuestra reconsideración no se basará en la decisión inicial. La revisión no se conducirá por la misma persona, o su subordinado, que realizó la decisión inicial.

No tomaremos decisiones de contratación, compensación, terminación, promoción u otros temas similares con respecto a cualquier individuo (como adjudicador de reclamaciones o experto médico) basado en la posibilidad de que el individuo pueda respaldar la denegación de beneficios.

- 1** Solicítenos por escrito que reconsideremos la decisión inicial. Usted tiene que:
- a) Escribirnos dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de nuestra decisión; y
 - b) Enviar su solicitud a: Triple-S Salud, Departamento de Querellas y Apelaciones, PO Box 11320, San Juan, Puerto Rico 00922-9905; e
 - c) Incluir una explicación de por qué usted no está de acuerdo con la decisión inicial y bajo qué sección de este folleto usted se basa para creer que estamos equivocados en nuestra decisión; e
 - d) Incluir copias de documentos que apoyen su petición, tales como cartas de su médico, informe de operaciones, facturas, expedientes médicos y explicaciones de beneficios (*EOB*, por sus siglas en inglés).
 - e) Incluir su dirección electrónica (opcional), si usted desea recibir nuestra contestación vía correo electrónico. Por favor, tenga en cuenta que, si nos envía su dirección electrónica, usted pudiera recibir más rápido nuestra decisión.

Le proveeremos, libre de cargos y dentro de un tiempo razonable, de cualquier evidencia nueva o adicional que consideremos, de la cual nos dejamos llevar o que nosotros generamos o que se generó por instrucciones nuestras, o cualquier justificación para nuestra decisión sobre su reclamación. Le proveeremos esta información con suficiente antelación a la fecha en que se nos requiere le proveamos nuestra decisión sobre su solicitud de reconsideración, para permitirle suficiente tiempo para que nos pueda responder antes de esa fecha. Sin embargo, si fallamos en proveerle la nueva evidencia o justificación con suficiente tiempo para usted responder a tiempo, esto no invalidará nuestra decisión sobre la reconsideración. Usted podrá responder a esa nueva evidencia o justificación en la etapa de evaluación de la OPM que se describe en el Paso 4.

- 2** En el caso de una reclamación post-servicio, tenemos hasta 30 días desde la fecha de recibo de su solicitud para:
- a) Pagar la factura; o
 - b) Escribirle informándole que nos mantenemos en la denegación; o
 - c) Solicitarle a usted o al proveedor que someta más información.

Usted o su proveedor debe enviar la información con suficiente tiempo de manera que nosotros la recibamos dentro de los 60 días siguientes a la fecha de nuestra petición. Nosotros tomaremos nuestra decisión dentro de los 30 días siguientes.

Si no recibimos la información dentro de los 60 días, nosotros tomaremos nuestra decisión hasta dentro de los 30 días después de la fecha límite. Nuestra decisión se tomará utilizando la información que tengamos disponible. Nosotros le escribiremos con nuestra decisión.

- 3** Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted puede pedirle a la OPM que la evalúe. Usted tiene que escribirle a la *OPM*, en inglés, dentro de:
- 90 días luego de la fecha de nuestra carta notificándole que se mantiene la decisión inicial; o
 - 120 días luego de la fecha de su primera carta a nosotros si no le contestamos de alguna manera dentro 30 días; o
 - 120 días después de solicitarle la información adicional.

Escribale a la *OPM* a: United States Office of Personnel Management, Healthcare and Insurance, Federal Employee Insurance Operations, Health Insurance (HI) 2, 1900 E Street, NW, Washington, DC 20415-3620.

Provea la siguiente información a la *OPM* en inglés:

- Una explicación de por qué usted no está de acuerdo con la decisión inicial y en qué sección de este folleto usted se basa para creer que estamos equivocados sobre la decisión;
- Copias de documentos que apoyen su solicitud, tales como cartas de su médico, informe de operaciones, facturas, expedientes médicos y explicaciones de beneficios (*EOB*);
- Copias de todas las cartas que usted nos haya enviado sobre la reclamación;
- Copias de todas las cartas que nosotros le hemos enviado sobre la reclamación; y
- Su número de teléfono diurno y la mejor hora para llamarle.
- Su dirección electrónica, si usted desea recibir la contestación de la *OPM* vía correo electrónico. Por favor, tenga en cuenta que, si envía su dirección electrónica, usted pudiera recibir más rápido la decisión de la *OPM*.

Nota: Si desea que la *OPM* revise más de una reclamación, usted tiene que identificar claramente qué documentos aplican a cada reclamación.

Nota: Usted es la única persona que tiene derecho a presentar una petición ante la *OPM*. Si decide que otra persona le represente, tal como un proveedor de servicio médico, usted tiene que incluir copia de su autorización por escrito junto con los documentos que somete. Sin embargo, para reclamaciones de cuidado urgente, un profesional de la salud con conocimiento de su condición médica puede actuar como su representante autorizado sin su consentimiento expreso.

Nota: Las fechas límites arriba indicadas pueden ser extendidas si usted no pudo cumplir con la fecha original por razones fuera de su control.

- 4** La *OPM* revisará la reclamación en controversia y utilizará la información que ha obtenido de usted y de nosotros para decidir si nuestra determinación estaba correcta. La *OPM* le enviará la decisión final dentro de 60 días. No existen otros remedios administrativos de apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión de la *OPM*, su único recurso es el de demandar en corte. Si decide demandar, usted tiene que presentar la demanda contra la *OPM* en la Corte Federal no más tarde del 31 de diciembre del tercer año después del año en que recibió los servicios, medicamentos o materiales que están en controversia, o del año en que se denegó una petición de precertificación o autorización previa. Esta es la única fecha que no se puede extender.

La *OPM* podrá divulgar la información obtenida durante el proceso de revisión para justificar su decisión sobre el caso. Esta información se convertirá en parte del expediente de la corte.

Usted no podrá demandar hasta tanto no se haya completado el proceso de apelación sobre la reclamación en controversia. Además, las leyes Federales son las que rigen su caso y los beneficios y pagos por estos. La Corte Federal basará su decisión en el expediente que fue usado por la *OPM* cuando la *OPM* tomó su decisión de mantener o revocar nuestra decisión. Lo único que usted puede recobrar es la cantidad de los beneficios involucrados.

NOTA: Si usted tiene una condición seria o que amenace su vida (una que pueda causar la pérdida permanente de alguna función del cuerpo o la muerte, si no recibe tratamiento lo más pronto posible), y usted no indicó que su reclamación era para cuidado urgente, entonces llámenos al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) si llama desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU.. Nosotros daremos prioridad a la revisión (si aún no hemos respondido a su reclamo), o informaremos a la *OPM* para que ellos revisen con prioridad la reclamación de su apelación. Usted puede llamar a la *OPM* Health Insurance (HI) 2 al 202-606-3818 entre las 8 a.m. y las 5 p.m. hora del este.

Por favor, recuerde que nosotros no tomamos decisiones sobre situaciones de elegibilidad al plan. Por ejemplo, no determinamos si usted o un dependiente está cubierto bajo este plan. Usted debe referir situaciones de elegibilidad a su Agencia u oficina de personal/nómina si usted es un empleado, al sistema de retiro si es retirado, o a la Oficina de Programas de Compensación a Trabajadores si recibe beneficios de Compensación a Trabajadores.

Sección 9. Coordinando beneficios con Medicare y otra cubierta

Cuando tiene otra cubierta de salud

Usted tiene que informarnos si usted o un asegurado de su familia está cubierto por otro seguro de salud grupal o por un seguro automovilístico que paga por gastos por cuidado de salud, sin tomar en cuenta quien tuvo la culpa. Esto se llama “cubierta doble”.

Cuando usted tiene cubierta doble, un Plan paga sus beneficios en su totalidad como pagador primario y el otro Plan paga un beneficio reducido como pagador secundario. Nosotros, al igual que otros aseguradores, determinamos la cubierta primaria de acuerdo con las guías de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés). Para más información en cuanto a las reglas de NAIC con relación a la coordinación de beneficios, visite la página de internet de NAIC <http://www.NAIC.org>. Cuando seamos el pagador primario, pagaremos los beneficios que se describen en este folleto.

Cuando seamos el pagador secundario, nosotros determinaremos nuestra porción de los costos. Una vez que el pagador primario pague, nosotros pagaremos el remanente de la porción a pagarse hasta la cantidad regular que usualmente pagamos por el beneficio. No pagaremos una cantidad que exceda nuestra porción de los costos.

TRICARE y CHAMPVA

TRICARE es el seguro de salud para dependientes elegibles de militares y personas pensionadas del servicio militar. TRICARE incluye el Programa CHAMPVA. CHAMPVA provee cubierta de salud a Veteranos incapacitados y a sus dependientes elegibles. Si usted tiene cubierta de TRICARE o CHAMPVA y la de este Plan, nosotros pagamos primero. Vea a su Orientador de Beneficios de Salud TRICARE o CHAMPVA si tiene preguntas sobre estos programas.

Suspensión de cubierta FEHB para suscribirse a TRICARE o CHAMPVA: Si usted está pensionado o es un ex-cónyuge, usted puede suspender su cubierta bajo el Plan FEHB para suscribirse a uno de estos programas, eliminando su prima del Plan FEHB. (La OPM no contribuirá a la prima de ninguno de estos Planes). Para información de cómo suspender su suscripción al Plan FEHB, comuníquese con su oficina para asuntos de pensionados. Si más tarde desea volver a suscribirse al Plan FEHB, por lo general, lo podrá hacer únicamente durante el próximo período de suscripción, a menos que involuntariamente haya perdido la cubierta bajo el programa TRICARE Y CHAMPVA.

Compensación a Trabajadores

Nosotros no cubrimos servicios que:

- Usted (o un familiar asegurado) necesite debido a una enfermedad o lesión ocurrida, relacionada con su empleo, que la Oficina de Programas de Compensación a Trabajadores (OWCP, por sus siglas en inglés), u otra agencia Federal o Estatal similar, determine que ellos tienen que proveerlos; o
- Si la OWCP u otra agencia similar paga por los servicios como resultado de un arreglo u otro procedimiento similar entre terceras partes debido a una reclamación que usted sometió bajo el programa OWCP o leyes similares.

Una vez que OWCP o una agencia similar ha pagado el máximo de beneficios por su tratamiento, nosotros cubriremos su cuidado. Usted tendrá que usar nuestros proveedores.

Medicaid

Cuando usted tiene este Plan y Medicaid, nosotros pagamos primero.

Suspensión de cubierta FEHB para suscribirse a Medicaid u otro programa similar de asistencia médica auspiciado por un estado: Si usted está pensionado o es un ex-cónyuge, usted puede suspender su cubierta bajo el Plan FEHB para suscribirse a uno de estos programas de asistencia médica auspiciado por un estado, eliminando así la prima del Plan FEHB. Para información de cómo suspender su suscripción al Plan FEHB, comuníquese con su oficina para asuntos de pensionados. Si más tarde desea volver al Plan FEHB, por lo general lo puede hacer únicamente durante el próximo período de suscripción, a menos que pierda la cubierta bajo el programa estatal involuntariamente.

Cuando otras agencias del gobierno son responsables de su cuidado

Nosotros no cubrimos los servicios y materiales cuando una agencia gubernamental, ya sea local, estatal o federal, directa o indirectamente, paga por ellos.

Cuando otros son responsables de sus lesiones

Nuestro derecho a buscar y recibir subrogación y recobro es una condición y limitación en la naturaleza de los beneficios o pagos de beneficios, y en la provisión de beneficios bajo nuestra cubierta.

Si usted ha recibido beneficios o pagos de beneficios como resultado de una lesión o enfermedad, y usted o sus representantes, herederos, administradores, sucesores o cesionarios reciben pagos de cualquier parte que puede ser responsable, por una póliza de seguro de un tercero, sus propias pólizas de seguros o un programa de compensación o política a trabajadores, deberá reembolsarnos ese pago. Nuestro derecho de reembolso se extiende a cualquier pago recibido por resolución, sentencia o de otra manera.

Tenemos derecho a reembolso de los beneficios que hemos pagado o prestado con relación a su lesión o enfermedad. Sin embargo, vamos a cubrir el costo del tratamiento que exceda el monto del pago recibido.

El reembolso de lo pagado por nosotros se dará primero como prioridad (antes de que cualquiera de los derechos de las otras partes sea honrado) y no se verá afectado por cómo se caracterice la forma de la sentencia, resolución u otra recuperación, designado o prorrateado. Nuestro derecho de reembolso no está sujeto a la reducción basada en los honorarios o gastos del abogado en virtud de la doctrina de "fondo común" y es plenamente aplicable, sin concernir si usted está totalmente compensado por el monto total de los daños reclamados.

Podemos, a nuestra elección, optar por ejercer nuestro derecho de subrogación y llevar a cabo una recuperación de cualquier parte responsable como sucesor de sus derechos.

Si usted procede con una reclamación o caso relacionado con la lesión o enfermedad, usted deberá notificarlo rápidamente y cooperar con nuestros esfuerzos de reembolso o de subrogación.

Cuando usted tiene cubierta del Plan Dental y de Visión de los Empleados Federales (FEDVIP)

Algunos Planes FEHB ya cubren algunos servicios de visión y dentales. Cuando usted está cubierto por más de un Plan de visión/dental, la cubierta provista por su Plan FEHB continua siendo su Plan primario. FEDVIP paga como proveedor secundario a esa cubierta. Cuando usted se suscriba a un Plan dental o de visión en BENEFEDS.com, se le solicitará que provea información de su Plan FEHB de manera que sus Planes puedan coordinar beneficios. Proveer su información FEHB podría reducir los costos que usted paga de su bolsillo.

Estudios de investigación clínica (clinical trials)

Una investigación clínica aprobada incluye una fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad que amenaza la vida o la condición, y que está financiada por el gobierno federal; realizado bajo una investigación de la aplicación de un nuevo medicamento revisado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o es una prueba de un medicamento que esté exento del requisito de una solicitud de un medicamento nuevo de investigación.

Si usted participa en un estudio de investigación clínica (*clinical trial*), este Plan le proveerá los siguientes servicios de cuidado, si no son provistos por el estudio:

- Gastos por cuidado rutinario – gastos de servicios rutinarios como visitas a médicos, pruebas de laboratorio, rayos X, tomografías y hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la condición del paciente, si el paciente participa en un estudio que está cubierto o recibe terapia estándar. Esos gastos están cubiertos por este Plan.
- Gastos por cuidados adicionales – gastos relacionados con formar parte de un estudio de investigación clínica, como pruebas adicionales que el paciente necesite como parte del estudio, pero no como parte de su cuidado rutinario. Este plan no cubre esos gastos.
- Gastos de investigación – gastos relacionados con la realización del estudio de investigación clínica, como el tiempo dedicado de médicos y enfermeras, análisis de resultados y pruebas clínicas realizadas solo para propósitos de investigación. Por lo general, esos gastos están cubiertos por el estudio. Este Plan no cubre esos gastos.

Cuando usted tiene Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un Programa de Seguro de Salud para:

- Personas de 65 años o más.
- Algunas personas menores de 65 años, con discapacidades.
- Personas con condición renal en etapa terminal (fallo renal crónico que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Medicare tiene cuatro partes:

- Parte A (Seguro de Hospital). La mayoría de las personas no tiene que pagar por la Parte A. Si usted o su cónyuge ha trabajado por lo menos por 10 años, en trabajo cubierto por Medicare, usted debe estar cubierto por la Parte A de Medicare sin tener que pagar primas mensuales. (Cualquier empleado federal activo antes y durante enero de 1983; usted recibirá crédito por su empleo anterior a 1983). Si usted tiene 65 años o más y no está cubierto, se puede suscribir a esta Parte pagando una prima mensual. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048) para más información.
- Parte B (Seguro Médico). La mayoría de las personas paga una prima mensual por la Parte B. Por lo general, las primas mensuales se descuentan de su cheque de beneficios del Seguro Social o de pensión.
- Parte C (Medicare Advantage). Usted se puede suscribir a un Plan Medicare Advantage para obtener sus beneficios de Medicare. Nosotros ofrecemos un Plan Medicare Advantage. Por favor, revise la información en *Coordinando beneficios con un Plan Medicare Advantage*, en la página 72.
- Parte D (Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare). Hay una prima mensual para la cubierta de Parte D. Antes de suscribirse a la Parte D de Medicare, por favor, revise la notificación importante acerca de la cubierta de farmacia FEHB y Medicare. La notificación está en la primera página del interior de este folleto. Para personas con ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Para más información acerca de esta ayuda adicional, visite SSA en la Internet www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

• ¿Debo suscribirme a Medicare?

La decisión de suscribirse a Medicare es suya. Nosotros le exhortamos a que solicite los beneficios 3 meses antes de que cumpla los 65 años. Es fácil. Llame al número libre de cargos 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778), de la Administración del Seguro Social, para hacer una cita. Si usted no solicita cualquiera de las partes de Medicare, usted todavía podría ser cubierto por el Programa FEHB.

Si puede obtener el beneficio de la Parte A libre de costo, nosotros le recomendamos que se suscriba a esta. La mayoría de los empleados Federales y los pensionados tienen derecho a la Parte A de Medicare, **libre de costo**, al cumplir los 65 años. Cuando usted no tiene que pagar la prima de la Parte A, tiene sentido obtener esta cubierta. Esta puede reducir los costos que usted tenga que pagar de su bolsillo, y puede ayudar a reducir las primas del Programa FEHB.

La prima mensual de la Parte B se cobrará a todos los beneficiarios. La Administración del Seguro Social puede proveerle información sobre las primas y los beneficios. Revise la información y decida si le conviene acogerse a la Parte B de Medicare. Si usted no se acogió a la Parte B a los 65 años porque usted estaba cubierto bajo FEHB como un empleado activo (o estaba cubierto bajo su esposa/o bajo el seguro de salud grupal y era un empleado activo), usted debe acogerse a la Parte B (generalmente sin un aumento en la prima) dentro de un periodo de 8 meses desde la fecha en que usted o su esposa/o dejó de trabajar o ya no es elegible para cubierta bajo el plan grupal. Usted también puede acogerse en cualquier momento mientras esté cubierto bajo el plan grupal.

Si usted es elegible para Medicare, tiene varias opciones para obtener su cuidado de salud. Medicare Advantage es el término que se usa para describir los varios Planes privados del cuidado de la salud disponibles para los beneficiarios de Medicare. La información que

encontrará en las páginas que siguen le mostrará cómo coordinamos los beneficios con Medicare, dependiendo si usted tiene el Plan Original de Medicare o un Plan privado Medicare Advantage.

• El Plan Original de Medicare (Parte A o Parte B)

El Plan Original de Medicare (Medicare Original) está disponible en todos los Estados Unidos. Esta es la forma en que la mayoría de las personas ha obtenido los beneficios de Medicare y la manera en que obtiene ahora sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Usted puede ir a cualquier doctor, especialista u hospital que acepte Medicare. El Plan Original Medicare paga su parte y usted paga la suya.

Todos los médicos y otros proveedores están obligados por ley a presentar reclamaciones directamente a Medicare para los miembros con la Parte B de Medicare, cuando Medicare es primario. Esto aplica incluso aunque no acepten Medicare

Cuando está suscrito al Plan Original de Medicare a la misma vez que en este Plan, usted tiene que cumplir con las reglas que aparecen en este folleto para que nosotros cubramos su cuidado.

Proceso de reclamaciones cuando usted tiene cubierta del Plan Original de Medicare - Usted probablemente nunca tendrá que presentar una reclamación cuando tiene cubierta de ambos, nuestro Plan y Medicare Original.

Cuando nosotros somos el pagador primario, procesamos la reclamación primero.

Cuando Medicare Original es el pagador primario, Medicare procesa su reclamación primero. En la mayoría de los casos, su reclamación será coordinada automáticamente y nosotros pagaremos como pagador secundario el balance de los gastos cubiertos. Para saber si es necesario que usted haga algo para presentar su reclamación, llame al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) si llama desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE.UU., o visite nuestro portal en la Internet www.ssspr.com.

Si el Plan Original de Medicare es su pagador primario no aplicaremos algunos costos – Nosotros no aplicaremos algunos de los costos que usted pagará de su bolsillo como se indica a continuación:

- Servicios Médicos y suministros provistos por los médicos y otros profesionales de la salud. Si está suscrito a las Partes A y B de Medicare, nosotros renunciaremos a los copagos y coaseguros.

Usted puede obtener más información sobre cómo nuestro plan coordina beneficios con Medicare en nuestro portal www.ssspr.com.

Descripción de Beneficio	Costos para asegurados sin Medicare	Costos para asegurados con Medicare Parte B
Deducible	\$0	\$0
Desembolso Máximo	\$6,600 Individual \$13,200 Pareja y Familia	\$6,600 Individual \$13,200 Pareja y Familia
Generalista	\$7.50	\$0
Especialista	\$10.00	\$0
Hospitalización	\$0	\$0
Farmacia	Nivel 1: medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición Nivel 2: medicamentos de marca preferidos, \$20 por unidad o repetición Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$20, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$125 por unidad o repetición	Nivel 1: medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición Nivel 2: medicamentos de marca preferidos, \$20 por unidad o repetición Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$20, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$125 por unidad o repetición

	<p>Nivel 4: medicamentos especializados/biotecnológicos preferidos, 25% o \$200, lo que sea menor por unidad o repetición</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados/biotecnológicos no preferidos, 30% o \$300, lo que sea menor por unidad o repetición</p>	<p>Nivel 4: medicamentos especializados/biotecnológicos preferidos, 25% o \$200, lo que sea menor por unidad o repetición</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados/biotecnológicos no preferidos, 30% o \$300, lo que sea menor por unidad o repetición</p>
<p>Farmacia – Medicamentos por Correo (90 días de suplido)</p>	<p>Nivel 1: \$4 por medicamentos genéricos por unidad o repetición</p> <p>Nivel 2: medicamentos de marca preferidos, \$40 por unidad o repetición</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos 20% o \$60, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$375 por unidad o repetición</p>	<p>Nivel 1: \$4 por medicamentos genéricos por unidad o repetición</p> <p>Nivel 2: medicamentos de marca preferidos, \$40 por unidad o repetición</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos 20% o \$60, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$375 por unidad o repetición</p>

- **Infórmenos sobre su cubierta de Medicare**

Usted tiene que informarnos si usted o un asegurado de su familia tiene cubierta de Medicare y, si así lo solicitamos, permitirnos obtener información sobre servicios pagados o denegados bajo Medicare. Además, debe informarnos si usted o un asegurado de su familia posee otra cubierta, ya que la misma puede afectar el estatus como primario/secundario de este Plan y Medicare.

- **Medicare Advantage (Parte C)**

Si usted es elegible para Medicare, usted puede optar por suscribirse y recibir sus beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage. Estos son Planes privados de cuidado de salud (como los HMO y los PPO regionales) que están disponibles en algunas áreas del país. Para obtener más información sobre los Planes Medicare Advantage, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048), o vaya a la página de Internet www.medicare.gov.

Si usted se suscribe a un Plan Medicare Advantage, tendrá a su disposición las siguientes opciones:

Este Plan y nuestro Plan Medicare Advantage: Usted puede suscribirse a nuestro Plan Medicare Advantage y mantenerse suscrito a nuestro Plan FEHB. Nosotros proveeremos servicios cuando su Plan Medicare Advantage sea el primario, aun cuando visite proveedores no participantes de la red del Plan Medicare Advantage (pero que sí son proveedores de nuestro Plan regular de Triple-S Salud que ofrece servicios al FEHB). Si se suscribe a nuestro Plan Medicare Advantage, por favor, infórmenos. Necesitamos saber si usted se ha suscrito a nuestro Plan Medicare Advantage tan pronto se suscriba, de manera que podamos coordinar correctamente los beneficios con el Plan FEHB desde el comienzo de su cubierta Medicare Advantage.

Este Plan y un Plan Medicare Advantage de otra compañía: Usted puede suscribirse a un Plan Medicare Advantage de otra compañía y mantenerse suscrito a nuestro Plan FEHB. Le proveeremos servicios cuando el Plan Medicare Advantage sea el primario, aun cuando se presten fuera de la red del Plan Medicare Advantage y/o del área de servicio (si usa los proveedores de nuestro Plan). Sin embargo, no le eximiremos ninguno de nuestros copagos o coaseguros. Si se suscribe a un Plan Medicare Advantage, por favor, infórmenoslo. Necesitamos saber si usted está suscrito al Plan Original de Medicare o en un Plan Medicare Advantage para poder coordinar correctamente los beneficios con Medicare.

Suspender la cubierta FEHB para suscribirse a un Plan Medicare Advantage: Si usted es un retirado o el/la ex-cónyuge, usted puede suspender su cubierta FEHB para suscribirse a un Plan Medicare Advantage eliminando su prima de FEHB. (La OPM no contribuye a la prima de su Plan Medicare Advantage). Para obtener información sobre cómo suspender su suscripción a FEHB, comuníquese con la oficina para retirados. Si luego quiere volver a suscribirse al Programa FEHB, generalmente podrá hacerlo en el próximo período de renovación, a menos que involuntariamente haya perdido la cubierta o se haya mudado del área de servicio del Plan Medicare Advantage.

- **Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D)**

Cuando somos el pagador primario, procesamos la reclamación primero. Si usted se suscribe a Medicare Parte D y nosotros somos el pagador secundario, revisaremos las reclamaciones para determinar los costos de medicamentos con receta que no están cubiertos por Medicare Parte D y serán considerados para pago bajo el Plan FEHB.

Medicare siempre toma la determinación final con respecto a si ellos son el pagador primario. La tabla que sigue indica si Medicare o este Plan debe ser el pagador primario para usted, según su situación de empleo y otros factores establecidos por Medicare. Es importante que nos deje saber si usted o un familiar cubierto tiene cubierta de Medicare para así poder administrar estos requisitos correctamente. **(Tener cobertura de más de dos Planes de salud puede cambiar el orden de los beneficios determinados en esta tabla.)**

Tabla de Pagador Primario		
A. Si usted –o su cónyuge cubierto– tiene 65 años o más y tiene cubierta de Medicare y usted...	El pagador primario para el individuo con Medicare es...	
	Medicare	Este Plan
1) Está cubierto por FEHB por su cuenta como empleado/a activo		✓
2) Está cubierto bajo FEHB por su cuenta como pensionado o a través de su cónyuge, quien está pensionado/a	✓	
3) Está cubierto por FEHB a través de su cónyuge, quien es empleado/a activo/a		✓
4) Es un pensionado reemplazado por el gobierno Federal y su posición está excluida del FEHB (su oficina de personal sabrá si este es el caso), y usted no está cubierto por FEHB a través de su cónyuge bajo el inciso #3 previamente mencionado	✓	
5) Es un pensionado reemplazado por el gobierno Federal y su posición no está excluida del FEHB (su oficina de personal sabrá si este es el caso), y...		
<ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene cubierta del FEHB por su cuenta o a través de su cónyuge, quien es empleado/a activo/a 		✓
<ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene cubierta del FEHB a través de su cónyuge, quien está pensionado/a 	✓	
6) Es un juez Federal pensionado bajo el título 28, U.S.C., o un juez del Tribunal de Contribuciones (<i>Tax Court</i>) quien está pensionado bajo la Sección 7447 de título 26, U.S.C. (o si su cónyuge cubierto es este tipo de juez), y usted no está cubierto bajo el FEHB a través de su cónyuge como establece el inciso #3 previamente mencionado	✓	
7) Está suscrito solo a la Parte B, no importa su situación de empleo	✓ para servicios de la Parte B	✓ para otros servicios
8) Es un empleado Federal recibiendo beneficios de incapacidad bajo Compensación a Trabajadores, por seis meses o más	✓ *	
B. Cuando usted o un familiar cubierto...		
1) Tiene Medicare únicamente basado en una condición renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) y...		
<ul style="list-style-type: none"> • Está dentro de los primeros 30 meses de ser elegible o tener derecho a recibir beneficios de Medicare por padecer ESRD (período de coordinación de 30 meses) 		✓
<ul style="list-style-type: none"> • Ha completado los 30 meses del período de coordinación y usted o un familiar todavía es elegible para Medicare por padecer ESRD 	✓	
2) Es elegible para Medicare debido a que padece ESRD mientras todavía es beneficiario/a de Medicare y...		
<ul style="list-style-type: none"> • Este Plan era el pagador primario antes de ser elegible por padecer ESRD (para el período de coordinación de 30 meses) 		✓
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare era el pagador primario antes de ser elegible por padecer ESRD 	✓	

B. Cuando usted o un familiar cubierto... (continuación)		
3) Tiene una Continuación de Cubierta Temporal (TCC, por sus siglas en inglés) y...		
• Medicare basado en edad e incapacidad	✓	
• Medicare basado en ESRD (para el período de coordinación de 30 meses)		✓
• Medicare basado en ESRD (después del período de coordinación de 30 meses)	✓	
C. Cuando usted o algún asegurado de su familia es elegible para Medicare debido únicamente a una discapacidad y usted...		
1) Está cubierto/a por FEHB por su cuenta como un empleado activo, o a través de un familiar quien es empleado/a activo		✓
2) Está cubierto/a bajo FEHB por su cuenta como pensionado, o a través de un familiar que está pensionado/a	✓	
D. Está cubierto/a bajo la Disposición de la Ley de Protección a Cónyuges del FEHB como ex-cónyuge	✓	

* Compensación a los Trabajadores es el pagador primario para reclamaciones relacionadas con su condición bajo Compensación a los Trabajadores.

Sección 10. Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto

Año calendario	Desde el 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año. Para asegurados nuevos, el año calendario comienza en la fecha en la que su suscripción entra en vigor y termina el 31 de diciembre del mismo año.
Asignación de beneficios	Una disposición en el formulario de reclamación de beneficios de salud por la cual el asegurado le da instrucciones a la compañía de seguros para que pague directamente al proveedor en cuyo cargo se basa la reclamación.
Cantidad autorizada por el Plan	La cantidad que usamos para determinar nuestros pagos y la cantidad de su coaseguro por servicios cubiertos. Los Planes determinan la cantidad que van a autorizar de distintas formas. Nosotros determinamos la cantidad autorizada por el Plan en nuestra área de servicio, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU., de la siguiente manera: la escala de tarifas para servicios médicos, esto es, las tarifas que los proveedores participantes han acordado aceptar como pago total por sus servicios. La cantidad autorizada por el Plan fuera de nuestra área de servicio es el cargo usual, acostumbrado y razonable.
Categorías de gastos en estudios de investigación clínica (<i>clinical trials</i>)	<p>Una investigación clínica aprobada incluye una fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición que amenace la vida, y que esté financiada por el gobierno federal; realizado bajo una investigación de la aplicación de un nuevo medicamento evaluado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o es una prueba de un medicamento que esté exento del requisito de una solicitud de un medicamento nuevo.</p> <p>Si usted participa en un estudio de investigación clínica (clinical trial), este Plan le proveerá los siguientes servicios de cuidado, si no son provistos por el estudio:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gastos por cuidado rutinario – gastos de servicios rutinarios como visitas a médicos, pruebas de laboratorio, rayos X, tomografías y hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la condición del paciente, si el paciente participa en un estudio que está cubierto o está recibiendo la terapia habitual.• Gastos por cuidados adicionales – gastos relacionados con tomar parte de un estudio de investigación clínica, como pruebas adicionales que el paciente necesite como parte del estudio, pero no como parte de su cuidado rutinario• Gastos de investigación – gastos relacionados con la realización del estudio de investigación clínica, como el tiempo de investigación que dedican los médicos y enfermeras, análisis de resultados y pruebas clínicas realizadas solo para propósitos de la investigación. Esos gastos generalmente los cubre la investigación clínica. Este plan no cubre esos gastos.
Coaseguro	Coaseguro es el por ciento de la cantidad que nosotros pagamos que usted tiene que pagar por su cuidado. Vea la página 23.
Copago	Un copago es una cantidad fija de dinero que usted paga cuando recibe servicios cubiertos. Vea la página 23.

Costo compartido

Es el término general que se usa para referirse a los costos que usted paga de su bolsillo (Ej.: deducibles, coaseguros y copagos) por el cuidado cubierto que usted recibe.

Cuidado de custodia

Tratamientos o servicios, no importa quién los recomiende o dónde se lleven a cabo, que pueden ser prestados razonablemente y con seguridad por una persona que no tiene destrezas médicas, o que son diseñados mayormente para ayudar al paciente en las actividades de su diario vivir. El cuidado de custodia que dura más de 90 días es usualmente conocido como Cuidado a Largo Plazo. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a:

- cuidado personal, tal como ayudar a: caminar, acostarse y levantarse de la cama; bañarse; comer con cuchara, por tubo o gastrostomía; ejercitarse; vestirse
- tareas del hogar, tales como preparación de comidas o dietas especiales;
- mover al paciente;
- cuidar o servir de acompañante al paciente;
- supervisión de medicamentos que por lo general pueden ser administrados por uno mismo; o
- tratamientos o servicios que cualquier persona puede llevar a cabo con instrucciones mínimas, lo cual incluye sin limitarse a: tomar la temperatura, el pulso y respiración, o administración y monitoreo de sistemas de alimentación.

Medicamento necesario

Servicios, medicamentos, suministros o equipo provistos por un hospital o proveedor de servicios de salud cubierto que el Plan determina que:

- son apropiados para el diagnóstico o tratamiento de una condición, enfermedad o lesión de un paciente;
- son consistentes con las normas de buena práctica de la medicina en los Estados Unidos;
- no son primordialmente para la comodidad personal o conveniencia del paciente, la familia o el proveedor,
- no son parte de o están asociados a un programa de educación académica o de adiestramiento vocacional del paciente; y,
- en el caso de cuidado a pacientes hospitalizados, no pueden proveerse de manera segura ambulatoriamente

El hecho que un proveedor participante haya recetado, recomendado o aprobado un servicio, material, medicamento o equipo cubierto, no lo hace médicamente necesario.

Nosotros/Plan

Nosotros y plan se refiere a Triple-S Salud.

Precertificación

Autorización previa de Triple-S Salud para el pago de cualquiera de los beneficios y cubierta bajo esta póliza y sus endosos, en los casos en que Triple-S Salud considere necesario. Algunos de los objetivos de la precertificación son: evaluar si el servicio es médicamente necesario, evaluar lo adecuado del lugar de servicio, verificar la elegibilidad del asegurado para el servicio solicitado y su disponibilidad en Puerto Rico. Las precertificaciones serán evaluadas basadas en las políticas de precertificaciones que Triple-S Salud ha establecido a través del tiempo. Triple-S Salud no será responsable del pago de servicios que han sido prestados o recibidos sin la autorización previa de Triple-S Salud.

Profesional del cuidado de la salud

Un médico u otro profesional del cuidado de la salud licenciado, acreditado o certificado para proveer servicios de salud específicos conforme a la ley estatal.

Proveedores fuera de la red

Doctores, grupos de doctores u otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de cuidado de salud que no tienen un contrato activo con Triple-S Salud, Inc. para aceptar nuestro pago y cualquier copago o coaseguro como pago completo.

Proveedores del Plan en la red / de la Red

Los proveedores en la red o de la red son los doctores, grupos de doctores, otros profesionales de salud, hospitales y otras instalaciones de cuidado de salud que tienen un acuerdo con nosotros donde aceptan nuestro pago y cualquier copago o coaseguro como pago completo. Hemos llegado a varios acuerdos con estos proveedores para que ellos puedan ofrecer servicios cubiertos por nuestro plan a nuestros asegurados.

Reclamación de cuidado urgente

Una reclamación para cuidado o tratamiento médico es una reclamación urgente, si esperar el límite de tiempo regular para reclamaciones no urgentes tiene uno de los siguientes impactos:

- Puede poner en peligro su vida o su salud;
- Puede poner en serio peligro su habilidad para recobrar la función máxima de su cuerpo; o
- En la opinión de un médico que conoce su estado de salud, le causaría sufrir fuertes dolores que no podrían manejarse sin el cuidado o tratamiento objeto de esta reclamación.

Las reclamaciones urgentes usualmente involucran reclamaciones pre-servicio, no reclamaciones después de recibir el servicio. Nosotros evaluaremos si la reclamación es urgente o no, sometiéndola para evaluación a una persona común que tenga un conocimiento promedio en salud y medicina.

Si usted cree que su reclamación cualifica como una reclamación urgente, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6081 (TTY 787-792-1370) desde Puerto Rico, o al 800-716-6081 (TTY 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE.UU.. Usted también puede probar que su reclamación es urgente, sometiendo evidencia de que un médico que conoce su condición de salud ha determinado que su reclamación envuelve cuidado urgente.

Reclamación post-servicio

Cualquier reclamación que no sea pre-servicio. En otras palabras, son las reclamaciones que se hacen una vez se ha provisto el servicio y las reclamaciones se nos envían para solicitar los beneficios.

Reclamación pre-servicio

Aquellas reclamaciones (1) que requieren precertificación, autorización previa o referido y, (2) si no se obtiene la precertificación, pre-aprobación o referido, resultan en una reducción de beneficios.

Reembolso

La búsqueda de un recobro de parte de una aseguradora cuando una persona cubierta ha sufrido una enfermedad o lesión y ha recibido, relacionado con la enfermedad o lesión, un pago de cualquier parte que pueda ser responsable, cualquier póliza de seguro aplicable, o un programa de compensación de trabajadores o póliza de seguro, y los términos del plan de salud de la aseguradora le requieran al individuo cubierto, como resultado de dicho pago, reembolsar a la aseguradora del pago de los beneficios inicialmente pagados o brindados. El derecho de reembolso es acumulativo y no excluyente al derecho de subrogación.

Servicios cubiertos

Son aquellos beneficios que proveemos para su cuidado, según se describen en este folleto.

Servicios experimentales o investigativos

Este Plan toma en consideración aquellos factores que considera más relevantes bajo las circunstancias, tales como: informes y artículos que han aparecido en publicaciones médicas, científicas y artículos revisados por expertos que aún no han sido publicados, además de protocolos escritos usados por instituciones que ofrecen ese tratamiento o que está siendo utilizado por otras instituciones que han llevado a cabo estudios importantes sobre el mismo medicamento, dispositivo o tratamiento médico. Este Plan también toma en consideración las aprobaciones de las agencias federales y otras agencias del gobierno como parte esencial del tratamiento de una enfermedad o lesión, pero no se limita a: la Asociación Médica Americana, el Cirujano General de los Estados Unidos, el Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos, la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos o los Institutos Nacionales de la Salud.

Subrogación

La búsqueda de un recobro de parte de una aseguradora, de cualquier parte que pueda ser responsable, cualquier póliza de seguro aplicable o el programa de

Usted

compensación de trabajadores o póliza de seguro, como sucesor de los derechos de una persona cubierta que sufrió una enfermedad o lesión y ha obtenido beneficios de parte del plan médico de su aseguradora.

Se refiere a la persona suscrita al Plan y a cada uno de los miembros de su familia cubiertos por este.

Sección 11. Otros Programas Federales

Información Importante sobre cuatro programas Federales que complementan el programa FEHB

Primero, **Cuentas Flexibles para Gastos de Salud (FSAFEDS)**, por sus siglas en inglés le permite ahorrar dinero antes de impuestos de su salario, para reembolsarle por gastos de cuidado de salud incurridos por usted y/o sus dependientes. Empleados participantes ahorrarán aproximadamente un 30% en los servicios/productos que usted rutinariamente paga de su bolsillo.

Segundo, el **Programa de Seguro Dental y de Visión para Empleados Federales (FEDVIP)**, por sus siglas en inglés ofrece cubiertas dentales y para la visión con primas grupales competitivas. Existen varios planes para escoger. Bajo FEDVIP, usted puede escoger un Plan individual, individual con un dependiente, o cubierta para un individuo y su familia para usted y los dependientes que cualifiquen.

Tercero, el **Programa Federal de Seguros de Cuidado a Largo Plazo (FLTCIP)**, por sus siglas en inglés puede ayudar a cubrir los costos del cuidado a largo plazo que no están cubiertos bajo el Programa FEHB.

Cuarto, el **Programa de Seguro de Vida del Grupo de Empleados Federales (FEGLI, por sus siglas en inglés)** puede ayudar a proteger a su familia de gastos funerarios gravosos y la pérdida inesperada de sus ingresos.

Programa Federal de Cuentas Flexibles para Gastos de Salud – *FSAFEDS*

¿Qué es una FSA?

Es una cuenta en la que usted aporta dinero de su salario **antes** de descontar los impuestos, luego de pagar por gastos elegibles y recibir un reembolso. Usted paga menos en impuestos, ahorrando así dinero. **Los pensionados no son elegibles para suscribirse.**

Hay tres tipos de FSA ofrecidas por FSAFEDS. Cada uno tiene un mínimo anual de elección de \$100. La elección máxima anual para el FSA para cuidado de salud (HCFSA) o para gastos limitados de cuidado de la salud (LEX HCFSA) es \$2,600 por persona. La elección máxima anual para cuidado de un dependiente (DCFSA) es \$5,000 por hogar.

- **FSA para Cuidado de Salud (HCFSA)** - Reembolsa gastos de su bolsillo de cuidado de la salud elegibles (tales como copagos, deducibles, medicamentos, productos recetados por un médico que se pueden obtener sin receta (*over-the-counter*), gastos dentales y de visión, y mucho más) para usted o sus dependientes, inclusive hijos adultos (hasta el final del año natural en que cumplen 26)

La FSAFEDS ofrece reembolso libre de papel para su HCFSA a través de un número de FEHB y los planes FEDVIP. Esto significa que cuando usted o su proveedor someta una reclamación con su plan FEHB o FEDVIP, FSAFEDS automáticamente reembolsará los gastos elegibles de lo que usted paga de su bolsillo basándose en la información de la reclamación que reciba de su plan.

- **FSA para Gastos Limitados de Cuidado de la Salud (LEX HCFSA)** – Diseñada para empleados suscritos a, o cubiertos por, un Plan de Salud de Deducibles Altos con una Cuenta de Ahorros para Gastos de Salud. Los gastos elegibles están limitados a gastos para el cuidado dental y el cuidado de la vista para usted o sus dependientes, incluso hijos adultos (hasta el final del año natural en que cumplen 26)
- **Cuidado de un Dependiente (DCFSA)** – Reembolsa los gastos elegibles para el cuidado diario **no médico** para su/s hijo/s menores de 13 años y/o para cualquier persona que usted reclame como dependiente en la planilla federal, que mental o físicamente no se pueda valer por sí misma. Es elegible para una

DCFSA si usted (y su cónyuge, si está casado) está trabajando, buscando trabajo (siempre y cuando usted haya tenido ingresos durante el año) o estudiando a tiempo completo.

- Si usted es empleado nuevo o recién elegible, tiene 60 días desde la fecha de contratación para suscribirse a HCFSA, LEX HCFSA y/o DCFSA, pero debe registrarse antes del 1ro de octubre. Si usted es contratado o es elegible en o después del 1ro de octubre, usted debe esperar a suscribirse durante la temporada de suscripción para beneficios federales que se lleva a cabo cada otoño.

¿Dónde consigo más información acerca de FSAFEDS?

Visite www.FSAFEDS.com, o llame a un consejero de beneficios FSAFEDS libre de cargos al 1-877-FSAFEDS, 1-877-372-3337, (TTY, 1-866-353-8058) de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 9:00 p.m., tiempo del este.

Programa de Seguro Dental y de Visión para los Empleados Federales – FEDVIP

Información importante

El Programa de Seguro Dental y de Visión para Empleados Federales (FEDVIP) es un programa separado y distinto al Programa FEHB. **Este programa provee cubierta ampliada dental y de visión, con primas grupales competitivas sin limitaciones por condiciones preexistentes.**

FEDVIP está disponible para empleados y retirados Federales y del Servicio Postal y sus dependientes elegibles con base en que el asegurado-paga-todo. Las primas se retienen del salario antes de descontar los impuestos. A partir del 2019, FEDVIP también estará disponible para los jubilados elegibles y sus familias durante el período de suscripción de 2019 para beneficios federales. Los familiares de miembros en servicio activo son elegibles para suscribirse al seguro de visión FEDVIP. Tanto los jubilados como los familiares de miembros en servicio activo deben estar suscritos a un plan de salud TRICARE para poder suscribirse al plan de visión FEDVIP.

Seguro Dental

Los Planes dentales proveen una amplia variedad de servicios que incluyen lo siguiente:

- Servicios Clase A (Básicos) incluyen exámenes orales, profilaxis, evaluaciones diagnósticas, sellante y rayos X.
- Servicios Clase B (Intermedios) incluyen procedimientos restaurativos tales como amalgamas, coronas de acero inoxidable, raspado radicular, extracciones de dientes y ajustes de dentaduras.
- Servicios Clase C (Mayores) incluyen servicios de endodoncia tales como canales radiculares, servicios periodontales tales como gingivectomía, servicios restaurativos mayores tales como coronas, cirugía oral, puentes o servicios de prostodoncia tales como dentaduras completas.
- Servicios Clase D (Ortodoncia) con un período de espera de 12 meses para hijos dependientes. **La mayoría de los planes dentales FEDVIP cubren ortodoncia para adultos, pero puede estar limitado. Verifique su folleto de su plan dental FEDVIP para información sobre este beneficio.**

Seguro de Visión

Los Planes de visión proveen exámenes comprensivos de la vista y cubierta para espejuelos y monturas, o lentes de contacto. Otros beneficios como descuentos en cirugía LASIK podrían estar disponibles.

Información adicional

Usted puede encontrar una comparación de los Planes disponibles y sus primas en el portal de la Internet de la OPM www.opm.gov/insure/dental y www.opm.gov/insure/vision. Estos portales también proveen enlaces al portal de cada Plan, donde usted podrá obtener información detallada sobre los beneficios y proveedores preferidos.

¿Cómo me suscribo?

Puede suscribirse por Internet en www.BENEFEDS.com. Para aquellos sin acceso a computadoras, pueden llamar al 1-877-888-3337 (TTY 1-877-889-5680).

Programa Federal de Seguros de Cuidado a Largo Plazo - *FLTCIP*

Es protección importante

El Programa Federal de Seguros de Cuidado a Largo Plazo (*FLTCIP*) puede ayudarle a pagar por los costos potencialmente altos de los servicios de cuidado a largo plazo, los cuales no están cubiertos por los Planes FEHB. El cuidado a largo plazo es ayuda que usted recibe para llevar a cabo las actividades del diario vivir, tales como bañarse o vestirse, o la supervisión que usted recibe debido a una incapacidad cognoscitiva severa como la enfermedad de Alzheimer. El cuidado a largo plazo puede ser recibido en su hogar, en un hogar de ancianos, en una instalación de vida asistida o en un cuidado de adultos. Usted debe solicitar y contestar preguntas relacionadas a la salud (llamada *underwriting*) y ser aprobado para la suscripción. Empleados y retirados federales y del Servicio Postal, miembros activos o retirados del servicio uniformado y familiares cualificados son elegibles. Sus familiares que cualifican pueden solicitar, aunque usted no solicite. Algunas condiciones médicas, o la combinación de condiciones, pueden impedir que algunas personas obtengan aprobación para cubierta. Usted tiene que aplicar para saber si será aprobado para suscribirse. Para solicitar más información, llame al 1-800-LTC-FEDS (1-800-582-3337), (TTY 1-800-843-3557) o visite www.ltcfeds.com.

Paz Mental para Usted y su Familia

El Programa de Seguro de Vida del Grupo de Empleados Federales (FEGLI) puede ayudarlo a proteger a su familia de los costos funerarios gravosos y la pérdida inesperada de sus ingresos. Puede obtener un seguro de vida a partir de un año de salario a más de seis veces su salario y muchas otras opciones. También puede obtener cobertura para su cónyuge e hijos dependientes solteros menores de 22 años. Puede continuar su cobertura hasta la jubilación si cumple con ciertos requisitos. Para obtener más información, visite www.opm.gov/life.

Índice

No dependa de esta página; esta es para su conveniencia y puede que no incluya todas las páginas en donde los términos aparecen.

- Uso de sustancias
 - controladas...51-52
- Ambulancia...46, 48
- Anestesia...45
- Anomalías congénitas...39-40
- Anticonceptivos...28, 30, 56
- Aparatos ortopédicos...34
- Aparatos prostéticos...34, 40
- Autorización previa...19

- Biopsias...39

- Cambios para el 2019...16
- Cernimiento de cáncer colorrectal...28
- Cernimiento de cáncer de senos...28
- Cirugía ambulatoria... 47
- Cirugía oral y maxilofacial...41
- Cirugía reconstructiva...40-41
- Clases y programas educativos...36-38
- Coaseguro...23, 80
- Compensación a trabajadores...72
- Continuación de cubierta temporal...12
- Coordinación de beneficios...72
- Cuidado a recién nacidos...30
- Cuidado de custodia...48, 80-81
- Cuidado dental...58-59
- Cuidado de salud en el hogar...36
- Cuidado de hospicio...48
- Cuidado en facilidades
 - ambulatorias... 47, 88
- Cuidado médico en hospital...26
- Cuidado obstétrico...29
- Cuidado preventivo, adultos...27-28
- Cuidado preventivo, niños...29

- Definiciones...80-82
- Diálisis...31

- Emergencia...49-50
- Enfermera(o)s...26, 36, 46-48
- Equipo médico duradero (*DME*)...35
- Exclusiones generales...66
- Experimental o investigativo...41, 66, 82

- Fecha de efectividad de la suscripción...10-11

- Hospital...46-47

- Infertilidad...30-31, 57
- Insulina...20, 35, 55
- Inmunizaciones...28-29

- Mamografías...27-28
- Medicaid...72
- Medicamentos recetados...46-47, 53-57, 75-77, 88-89
- Medicare...65, 74-79

- Oxígeno...35, 46-47

- Partos...29-30
- Planificación familiar...30
- Precertificación...19-20
- Procedimientos de esterilización...30, 39
- Pruebas de alergia...31
- Pruebas de colesterol...27, 54, 62

- Prueba Papanicolaou...27-28
- Prueba sangre oculta en excreta...28
- Psicólogos...51-52
- Punto de servicio (*POS*)...14, 63-64

- Quimioterapia...31

- Rayos X...27, 46, 52
- Reclamaciones...20-22, 67-68

- Salud mental...51-52
- Sangre y plasma de sangre...46-47
- Segundas opiniones en cirugía...26
- Servicios auditivos...29, 33-34
- Servicios de la vista...29, 33-34
- Servicios resonancia magnética...27
- Servicios de diagnóstico...26
- Servicios preventivos...27-29
- Sillas de rueda...35
- Subrogación...73, 82

- Terapia ocupacional...32
- Tratamientos alternos...36
- Trasplantes...41-45
- Terapia física...32
- Terapia del habla...33
- Terapias de tratamiento...31-32

- Unidad de Cuidado de Enfermería Especializada (*SNF*)...19, 45, 47

- Visita a oficina...26, 29

Notas

Resumen de beneficios del Plan Triple-S Salud 2019

- **No dependa de esta tabla únicamente.** Todos los beneficios se proveen por completo a menos que se indique lo contrario, y están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones que se indican en este folleto. Usted puede obtener una copia del Resumen de Beneficios y Cobertura de la Ley de Atención Médica Asequible en www.ssspr.com. En esta página resumimos los servicios que cubrimos; para más detalles, vea dentro de este folleto.
- Si desea suscribirse o cambiar su cubierta dentro de este Plan, esté seguro de que indica el código de suscripción correcto cuando llene el formulario de suscripción.

Beneficios	Usted paga	Página
Servicios provistos por médicos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico y tratamiento en la oficina 	<p>Dentro de la Red: copago de visita a oficina: \$7.50 a generalistas o \$10 a especialistas; Nada por rayos-X y \$1.00 por prueba de laboratorio.</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>	26
Servicios provistos por un hospital:		
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente hospitalizado 	<p>Dentro de la Red: Nada</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>	46
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente ambulatorio 	<p>Dentro de la Red: \$25 de copago para facilidades ambulatorias</p> <p>Fuera de la Red: 10% de los cargos permitidos, cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>	47
Servicios de emergencia:		
<ul style="list-style-type: none"> • En nuestra área de servicio 	Sala de emergencia: \$25; si se le recomienda la visita: \$10. Nada por hospital.	50
<ul style="list-style-type: none"> • Fuera de nuestra área de servicio 	10% de los cargos permitidos más los cargos que excedan nuestra aportación	50
Tratamiento de salud mental y por alcoholismo/uso de sustancias controladas	Aplica el costo compartido regular.	51
Medicamentos recetados:		
<ul style="list-style-type: none"> • Farmacia al detal – hasta 30 días de suplido 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición. • Nivel 2: medicamentos de marca preferidos, \$20 por unidad o repetición. • Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$20, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$125 por unidad o repetición. • Nivel 4: medicamentos especializados/biotecnológicos preferidos, 25% o \$200, lo que sea menor por unidad o repetición • Nivel 5: medicamentos especializados/biotecnológicos no preferidos, 30% o \$300, lo que sea menor por unidad o repetición 	55

<ul style="list-style-type: none"> Programa de Medicamentos por Correo (<i>Mail Order</i>) y Flex90® para algunos medicamentos de mantenimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel 1: \$4.00 por medicamentos genéricos, por unidad o repetición. Nivel 2: medicamento de marca preferido, \$40 por unidad o repetición. Nivel 3: medicamento de marca no preferido 20% o \$60, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$375, por unidad o repetición. 	56
Cuidado dental	Nada por servicios de diagnóstico; 30% por cualquier otro servicio.	58-59
Cuidado de la vista	\$10 por visita a oficina	33
Beneficios Especiales	Opción de beneficios flexibles • Teleconsulta • Programa <i>BlueCard</i> • Centros de Excelencia para trasplantes • Telexpreso • Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (<i>MTMP</i>) • Programa de Bienestar Total • Herramienta para evaluar riesgos a la salud (<i>HRA</i>)	60

Información de Primas para Triple-S Salud en el 2019

Para comparar sus opciones de plan de salud de FEHB, visite www.opm.gov/fehcompare

Las primas No-Postales aplican a la mayoría de los empleados no-Postales. Si usted está en una categoría de suscripción especial, comuníquese con la agencia que administra los asuntos de suscripción con los Planes de Salud.

Las primas postales aplican a empleados del Servicio Postal.

Categoría Postal 1 - tarifas aplican a empleados de carrera que están cubiertos a través de los siguientes acuerdos: APWU, IT/AS, MDC, NALC, NPMHU, NPPN y NRLCA.

Categoría Postal 2 - tarifas aplican a otros empleados de carrera que están cubiertos a través del siguiente acuerdo: PPOA.

Primas No-Postales aplican a todos los empleados de Servicios Postales que no son de carrera.

Para más asistencia, los Empleados del Servicio Postal deben llamar a:

Centro de Recursos Humanos de Servicios Compartidos 1-877-477-3273, opción 5, TTY: 1-866-260-7507

Las primas para los empleados postales no aplican a los empleados postales que no son de carrera, ni a los empleados postales retirados, ni a los miembros asociados a cualquier organización de empleados postales que no son empleados postales de carrera.

Las primas para los empleados tribales se muestran en la columna mensual no-postal. La cantidad que figura en la contribución del empleado es la máxima que usted pagará. Su empleador tribal puede optar por aportar una porción mayor de su prima. Por favor, póngase en contacto con su Oficial de Beneficios Tribales para las tarifas exactas.

Tipo de suscripción	Código de suscripción	Prima No-Postal				Prima Postal	
		Bisemanal		Mensual		Bisemanal	
		Aportación del Gobierno	Su aportación	Aportación del Gobierno	Su aportación	Categoría 1 Su aportación	Categoría 2 Su aportación

Residentes de Puerto Rico

Individual (Self Only)	891	\$141.02	\$47.00	\$305.54	\$101.84	\$45.12	\$39.01
Pareja (Self Plus One)	893	\$316.63	\$105.54	\$686.03	\$228.67	\$101.32	\$87.60
Familiar (Self and Family)	892	\$322.92	\$107.64	\$699.66	\$233.22	\$103.33	\$89.34

Residentes de las Islas Vírgenes de EE.UU.

Individual (Self Only)	851	\$228.20	\$76.07	\$494.44	\$164.81	\$73.02	\$63.14
Pareja (Self Plus One)	853	\$492.27	\$190.93	\$1,066.59	\$413.68	\$184.09	\$163.58
Familiar (Self and Family)	852	\$522.59	\$174.20	\$1,132.28	\$377.43	\$167.23	\$144.58