

Triple-S Salud

www.ssspr.com

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



2020

Organización para el Mantenimiento de la Salud con plan de Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés)

Esta cubierta de salud cualifica como una cubierta mínima esencial y cumple con el valor mínimo estándar para los beneficios que provee. Vea la página 11 para más detalles. Este plan está acreditado. Vea la página 16.

Proveemos servicio: A todo Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE.UU.

La suscripción a este plan es limitada. Usted debe vivir en nuestra área geográfica de servicio para suscribirse. Vea la página 18 para conocer los requisitos.

IMPORTANTE

- Primas: Contraportada
- Cambios para el 2020: Página 19
- Resumen de Beneficios: Página 94

Códigos de suscripción para este plan:

Para residentes de Puerto Rico

891 Individual

893 Pareja

892 Familiar

Para residentes de Islas Vírgenes de EE. UU.

851 Individual

853 Pareja

852 Familiar

Authorized for distribution by the:



United States
Office of Personnel Management

Healthcare and Insurance
<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 de Estados Unidos (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 recetados estándar ofrecida por Medicare para todos los asegurados y se considera cubierta acreditable. Por lo tanto, usted no tiene necesidad de suscribirse a Medicare Parte D y pagar más por los beneficios de medicamentos recetados. Si decide suscribirse a Medicare Parte D más adelante, usted no tendrá que pagar la penalidad por afiliación tardía siempre y cuando usted continúe con su cubierta FEHB.

Sin embargo, si decide suscribirse a la Parte D, usted puede mantener su cubierta FEHB y su plan FEHB coordinará los beneficios con Medicare.

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

Por favor, tenga en cuenta lo siguiente

Si usted pierde o se da de baja de su cubierta FEHB, y permanece 63 días o más sin una cubierta de medicamentos recetados que sea, al menos, tan buena como la cubierta de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual para la Parte D de Medicare aumentará por lo menos 1% al mes 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 de lo que muchas otras personas pagan. Usted tendrá que pagar esta prima más elevada 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 Anual de Elección (desde el 15 de octubre al 7 de diciembre) para suscribirse a la Parte D de Medicare.

Beneficios provistos por Medicare para personas de bajos ingresos

Existe ayuda adicional para que las personas con ingresos y recursos limitados puedan pagar la cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre este programa, visite la página web de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) www.socialsecurity.gov, o llame a la SSA al 1- 800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Para más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare 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.....	3
Introducción.....	6
Lenguaje sencillo.....	6
¡Alto al fraude en el cuidado de la salud!.....	6
Discriminar es ilegal.....	8
Prevención de errores médicos.....	8
Información sobre el Programa FEHB.....	11
Información sobre la cubierta.....	11
Sin limitaciones por condiciones preexistentes.....	11
Cubierta mínima esencial (MEC, por sus siglas en inglés).....	11
Estándar de valor mínimo.....	11
Dónde obtener información para subscribirse al Programa FEHB.....	11
Tipos de cubiertas disponibles para usted y su familia.....	11
Cubierta familiar.....	12
Ley de Equidad para los Niños.....	13
¿Cuándo comienzan los beneficios y el pago de primas?.....	14
Cuando se jubile.....	14
Cuando pierde los beneficios.....	14
Cuando termina la cubierta FEHB.....	14
Al divorciarse.....	14
Continuación de Cubierta Temporal (TCC, por sus siglas en inglés).....	14
Cambio a cubierta individual.....	15
Mercado de seguros médicos.....	15
Sección 1. Cómo funciona este plan.....	16
¿Quién provee mi cuidado de salud?.....	16
Beneficios de libre selección ("Open Access").....	17
Beneficios de Punto de Servicio (POS).....	17
Cómo le pagamos a nuestros proveedores.....	17
Sus derechos y responsabilidades.....	18
Sus reclamaciones y expedientes médicos son confidenciales.....	18
Área de servicio.....	18
Sección 2. Cambios para el 2020.....	19
Cambios a este plan.....	19
Sección 3. Cómo obtener su cuidado médico.....	20
Tarjetas de identificación.....	20
¿Dónde puede obtener los servicios cubiertos?.....	20

Proveedores del plan	20
Facilidades del plan.....	20
Red de hospitales de cuidado coordinado	20
Otros proveedores	20
¿Qué debe hacer para obtener servicios cubiertos?	21
Cuidado primario	21
Cuidado especializado.....	21
Cuidado hospitalario	21
Si está hospitalizado cuando su póliza entra en vigor	21
Necesita preautorización del plan para ciertos servicios	22
Admisión hospitalaria	22
Otros servicios	23
Cómo solicitar una precertificación para una admisión u otros servicios.....	24
Reclamaciones que no sean para cuidado urgente	24
Reclamaciones para cuidado de urgencia.....	24
Reclamaciones de cuidado concurrente	25
Programa de Cuenta de Gastos Flexibles del Gobierno Federal (FSAFEDS, por sus siglas en inglés)	25
Admisión hospitalaria de emergencia	25
Cuidado de maternidad	26
Si su tratamiento necesita ser extendido	26
¿Qué ocurre cuando usted no sigue las reglas de precertificación al utilizar proveedores fuera de la red?.....	26
Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre una reclamación pre-servicio.....	26
• Para reconsiderar una reclamación de cuidado no urgente	26
• Para reconsiderar una reclamación de cuidado de urgencia.....	27
• Para presentar una apelación ante OPM	27
Circunstancias fuera de nuestro control.....	27
Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos	28
Costo compartido	28
Copago	28
Coaseguro.....	28
Diferencias entre la aportación del plan y la factura	28
Su protección catastrófica por la cantidad máxima que paga de su bolsillo para coaseguros y copagos	28
Transferencia de un plan a otro (<i>carryover</i>).....	28
Cuando las agencias gubernamentales nos facturan.....	28
Sección 5. Beneficios.....	29
Beneficios fuera del FEHB disponibles para los asegurados	75
Sección 6. Exclusiones generales – Servicios, medicamentos y suplidos que no cubrimos	76
Sección 7. Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos	77

Sección 8. Proceso de apelación sobre reclamaciones 79

Sección 9. Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas 82

 Cuando tiene otra cubierta de salud..... 82

 TRICARE y CHAMPVA..... 82

 Compensación laboral..... 82

 Medicaid 82

 Cuando otras agencias gubernamentales son responsables de su cuidado..... 83

 Cuando otros son responsables de sus lesiones 83

 Cuando usted tiene Medicare 83

 ¿Qué es Medicare?..... 83

 • El plan original de Medicare (Parte A o Parte B) 84

 • Infórmenos sobre su cubierta de Medicare 85

 • Medicare Advantage (Parte C) 85

 • Cubierta de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) 86

Sección 10. Términos que utilizamos en este folleto 89

Índice 92

Resumen de Beneficios del Plan Triple-S Salud 2020..... 94

Información sobre las primas de Triple-S Salud 2020..... 96

Introducción

Este folleto describe los beneficios de Triple-S Salud conforme a nuestro contrato (CS-1090) con la Oficina de Administración de Personal de Estados Unidos (OPM, por sus siglas en inglés), según autorizado por la Ley de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Se puede comunicar con Servicio llamando al Cliente al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o visite nuestra página web, 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 una declaración oficial de beneficios. Ninguna declaración verbal podrá modificar o afectar de alguna manera los beneficios, limitaciones y restricciones expresadas en este folleto. Usted es responsable de mantenerse informado sobre sus beneficios de salud. Este folleto está disponible en inglés. Para obtener una copia, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde Islas Vírgenes de EE.UU.

Si está suscrito a este plan, usted tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si usted está suscrito a una cubierta de pareja (Self Plus One) o familiar (Self and Family), cada familiar elegible también tiene derecho a estos beneficios. Usted no tendrá derecho a beneficios que estuvieron disponibles antes del 1 de enero de 2020, a menos que dichos beneficios aparezcan en este folleto.

OPM negocia los beneficios y primas con cada plan anualmente. Los cambios en beneficios serán efectivos a partir del 1 de enero de 2020 y estos se resumen en la página 19. Las primas aparecen al final de este folleto.

Lenguaje sencillo

Todos los folletos del FEHB están escritos en lenguaje sencillo para facilitar su comprensión. A continuación, algunos ejemplos:

- Excepto por los términos técnicos indispensables, utilizamos palabras de uso común. Por ejemplo, ‘usted’ se refiere al asegurado principal del plan o a un asegurado de su familia; ‘nosotros’ se refiere a Triple-S Salud.
- Nos limitamos a usar siglas que ya usted conoce: FEHB son las siglas en inglés del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. OPM son las siglas en inglés de la Oficina de Administración de Personal de Estados Unidos. De utilizar otras siglas, le indicaremos el significado.
- 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 para Empleados Federales.

La Oficina del Inspector General de la OPM investiga todas las alegaciones de fraude, desperdicio y abuso en el Programa FEHB, independientemente de la agencia para la que usted trabaja o de la que usted se ha retirado.

Protéjase del fraude – A continuación, le mostramos lo que puede hacer para evitar el fraude:

- No dé su número de identificación del plan por teléfono o a personas que usted no conozca. Solo proporcione este número a los proveedores para el cuidado de la salud o al representante autorizado de su plan o de la OPM.
- Solo permita que profesionales médicos adecuados revisen su expediente médico o le recomienden servicios.
- Evite ir a proveedores para el cuidado de la salud que le digan que un artículo o servicio 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 sospecha que un proveedor le ha hecho un cargo por servicios no recibidos, le facturó dos veces por un mismo servicio o tergiversó información, usted puede hacer lo siguiente:
 - Llame al 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 1-800-716-6081 (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 DE INFORMACIÓN DE
FRAUDE A LOS CUIDADOS DE SALUD
(HEALTH CARE FRAUD HOTLINE) 1-877-499-**

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**

- No debe incluir como familiar en su póliza a:
 - Su cónyuge, luego de que un decreto de divorcio o anulación sea final (aun si la corte estipula lo contrario), o
 - Su hijo/a mayor de 26 años (a menos que padezca alguna discapacidad y no pueda mantenerse por sí mismo(a) antes de los 26 años).
- Es posible que el proveedor solicite que el asegurado principal corrobore la elegibilidad de cualquiera o todos sus familiares cubiertos bajo la póliza FEHB del asegurado.
- Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad de un dependiente, verifique con su oficina de personal si usted está empleado, con su oficina de retiro (como OPM) si está retirado, o con el Centro Nacional de Finanzas si está suscrito a una Continuación de Cubierta Temporal (TCC, por sus siglas en inglés).
- El plan prohíbe el fraude y las declaraciones falsas o intencionales de información importante. Usted puede ser enjuiciado por fraude y su agencia podrá tomar medidas en su contra. Ejemplos de fraude incluyen falsificar una reclamación para recibir beneficios de 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., se ha separado del servicio federal) y las primas no se han pagado, usted será responsable por todos los beneficios pagados durante el periodo en que las primas no se pagaron. Su proveedor podrá facturarle por los servicios recibidos. Usted puede ser enjuiciado por fraude si intencionalmente obtiene beneficios de su seguro médico para los cuales no ha pagado primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un familiar ya no es elegible para utilizar su cubierta de seguro de salud.

Discriminar es ilegal

Triple-S Salud cumple con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables, incluyendo el Título VII de Derechos Civiles del 1964 como la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). De conformidad con la Sección 1557, Triple-S Salud no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Usted podrá presentar una queja 1557 con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, OPM o los operadores del programa FEHB. También podrá presentar una querrela de derechos civiles ante OPM por correo a la siguiente dirección:

Office of Personnel Management
Healthcare and Insurance
Federal Employee Insurance Operations
A/A: Asistente de dirección
1900 E Street NW, Suite 3400
Washington, D.C. 20415-3610

Prevención de errores médicos

Los errores médicos aún son 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. Los hospitales y proveedores para el cuidado de la salud son considerados responsables por la calidad del cuidado y la reducción de los errores médicos por parte de sus entidades de acreditación. También puede mejorar la calidad y la seguridad de su propio cuidado de la salud y el de sus familiares al aprender más y conocer sobre sus riesgos. Esto lo puede hacer mediante los siguientes pasos sencillos:

1. Pregunte si tiene dudas o preocupaciones.

- Pregunte y asegúrese de que entiende las respuestas a sus preguntas.
- Escoja un médico con el que se sienta cómodo para dialogar.
- Lleve a un pariente o amigo a su consulta para que le ayude a tomar notas, hacer preguntas y entender las respuestas.

2. Prepare y lleve una lista de todos los medicamentos que toma.

- Traiga los medicamentos o entréguele a su médico o farmacéutico una lista de todos sus medicamentos y la dosis que toma de cada uno. También incluya los medicamentos sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) y los suplementos nutricionales.
- Infórmele a su médico o farmacéutico sobre cualquier alergia a medicamentos, alimentos u otras alergias que tenga, como 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 el 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 sobre cómo usar su medicamento. En particular, tenga en cuenta la hora y las condiciones bajo las cuales usted debe o no debe tomar su 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 a la vez. Así también evita tomar un medicamento al que usted es alérgico.

3. Obtenga los resultados de cualquier examen o procedimiento.

- Pregunte cuándo y cómo obtendrá los resultados de sus exámenes o procedimientos. Verifique si deberá buscarlos en persona, pedirlos por teléfono, o si serán enviados por correo, a través del plan o del portal del proveedor.
- No presuma 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 sobre qué implican esos resultados para el cuidado de su salud.

4. Hable con su médico para verificar cuál es el mejor hospital o clínica para sus necesidades de salud.

- Pregúntele a su médico sobre qué hospital o clínica provee el mejor cuidado y los mejores resultados para su condición (si usted puede elegir entre más de un hospital o clínica para obtener el cuidado de salud que necesita).
- Asegúrese de que entiende las instrucciones para obtener cuidado de seguimiento luego de dejar el hospital o la clínica.

5. Asegúrese de que usted entiende qué sucederá de necesitar una cirugía.

- Asegúrese de que usted, su médico y su cirujano estén todos de acuerdo sobre lo que se hará durante la operación.
- Pregúntele a su médico: "¿Quién manejará mi cuidado cuando esté en el hospital?".
- Pregúntele a su cirujano:
 - "¿Qué estará haciendo exactamente?".
 - "¿Cuánto tiempo le tomará?".
 - "¿Qué ocurrirá después de la cirugía?".
 - "¿Cómo me sentiré durante la recuperación?".
- Infórmele al cirujano, anesthesiólogo y enfermeras sobre cualquier alergia, e indique de cualquier reacción adversa a la anestesia, a cualquier medicamento o algún 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>. "The Joint Commission's Speak Up™", un programa para la seguridad del paciente provisto por la Comisión Conjunta.
- http://www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx. La Comisión Conjunta ayuda a que las organizaciones para el cuidado de la salud mejoren la calidad y seguridad del cuidado que brindan.
- www.ahrq.gov/patients-consumer/. La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés) tiene a su disposición una amplia lista de temas que no solo informan al consumidor sobre la seguridad del paciente, sino que también ayudan a elegir proveedores para el cuidado de la salud y a mejorar la calidad del servicio recibido.
- www.npsf.org. La Fundación Nacional de Seguridad del Paciente (NPSF, por sus siglas en inglés) tiene a su disposición información sobre cómo usted y su familia pueden obtener un mejor cuidado de salud.
- www.talkaboutx.org El Consejo Nacional para la Educación e Información del Paciente ("National Council on Patient Information and Education"; NCPPIE, por sus siglas en inglés) se dedica a mejorar la comunicación sobre el uso seguro y apropiado de los medicamentos.
- www.leapfroggroup.org El grupo Leapfrog se dedica a promover las prácticas adecuadas para el cuidado de la salud en hospitales.
- www.ahqa.org. La Asociación Americana para la Calidad en el Cuidado de la Salud ("The American Health Quality Association"; AHQA, por sus siglas en inglés) 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 evitables ("never events")

Al ser admitido a un hospital para recibir tratamiento por una condición médica, usted no espera salir con lesiones, infecciones u otras enfermedades graves adicionales que se produzcan en el transcurso de su estadía. Aunque algunas de estas complicaciones pueden no ser evitables, algunos pacientes sí sufren lesiones o enfermedades que podrían haberse evitado si el doctor o el hospital hubiese tomado las debidas precauciones. Los errores en el cuidado médico que son claramente identificables, evitables y de graves consecuencias para los pacientes pueden indicar un problema significativo en la seguridad y credibilidad de un centro para el cuidado de la salud. Estos errores y las condiciones resultantes se conocen como "eventos adversos" ("*never event*") o "eventos adversos graves" ("*serious reportable event*").

Tenemos una política de pago de beneficios que fomenta que los hospitales reduzcan las probabilidades de condiciones adquiridas en el hospital, tales como ciertas infecciones, úlceras graves y fracturas. Esta política también ayuda a reducir los errores médicos que nunca deberían suceder. Cuando ocurra un evento adverso, 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 ni por los 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 sobre la cubierta

Sin limitaciones por condiciones preexistentes

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

Cubierta mínima esencial (MEC, por sus siglas en inglés)

La cubierta bajo este plan cualifica como cubierta mínima esencial 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 (IRS, por sus siglas en inglés) www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision para más información sobre los requisitos para la cubierta mínima esencial individual.

Estándar de valor mínimo

Nuestra cubierta de salud cumple con el estándar de valor mínimo de 60% establecido por ACA. Esto significa que proveemos beneficios para cubrir, como mínimo, 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 de acuerdo con lo explicado en este folleto.

Dónde obtener información para suscribirse al Programa FEHB

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

- 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 sobre y enlaces a otros sistemas de suscripción electrónicos

Además, su oficina de empleo o de retiro 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 sobre:

- Cuándo puede cambiar su suscripción
- Cómo puede cubrir a sus familiares
- 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 periodo 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 empleo o de retiro. 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 (Self Only) es para usted solamente. La cubierta de pareja (Self Plus One) es para usted y un miembro elegible de su familia. La cubierta familiar (Self and Family) es para usted, un miembro elegible de su familia o su cónyuge, y sus hijos dependientes que no hayan cumplido 26 años, lo cual incluye cualquier hijo adoptivo o menor que haya acogido legalmente en su hogar y que esté autorizado para cubierta por su oficina de empleo o retiro. Bajo ciertas circunstancias, usted también puede continuar la cubierta para un(a) hijo(a) con discapacidad de 26 años o más que sea incapaz de proveerse su sustento.

Si está suscrito a la cubierta individual, usted puede cambiar a la cubierta de pareja o familiar si se casa, tiene un hijo o acoge a un menor en su familia. Usted puede cambiar su cubierta desde 31 días antes y hasta 60 días después de ese evento. Su suscripción a la cubierta de pareja o familiar comienza el primer día del periodo de pago en que nace el bebé o este resulta 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 periodo de pago después de que su oficina de empleo recibe su formulario de suscripción. Su cónyuge no tendrá beneficios hasta que se casen. Es posible que el proveedor solicite que el asegurado principal corrobore la elegibilidad de cualquiera o todos sus familiares cubiertos bajo la póliza FEHB del asegurado.

Ni su oficina de empleo o de retiro **ni** nosotros le notificaremos cuando un familiar deje de ser elegible para recibir beneficios. Por favor, notifique inmediatamente de cualquier cambio en su estatus familiar. En otras palabras, favor informe sobre su 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 familiar de otro asegurado bajo otro plan FEHB.

Si usted tiene un evento de vida cualificado (QLE, por sus siglas en inglés), tal como un 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 la cubierta. Para una lista completa de QLE, visite la página web de FEHB www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events. Si necesita ayuda, por favor, comuníquese con su oficina de empleo, Oficial de Beneficios Tribales, oficina de personal/nómina u oficina de retiro.

Cubierta familiar

Los familiares bajo su cubierta familiar incluyen a su cónyuge (incluido el matrimonio válido por derecho común) y los hijos que se describen en la tabla que aparece a continuación. Usted, junto con su cónyuge o cualquier otro familiar elegible, está cubierto bajo la cubierta de pareja, según se describe en la tabla que aparece a continuación.

Hijos	Cubierta
Hijos biológicos, hijos adoptados e hijastros	Hijos biológicos, hijos adoptados e hijastros estarán cubiertos hasta que cumplan 26 años de edad.
Hijos adoptivos	Los hijos adoptivos o colocados para adopción son elegibles para cubierta hasta que cumplan 26 años de edad si usted provee evidencia documental de que le provee sustento regular y sustancial al menor 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.
Hijos incapaces de proveerse su sustento	Los hijos que son incapaces de proveerse su sustento, 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 del Sistema de Retiro para obtener más información.
Hijos casados	Los hijos casados (pero NO sus cónyuges ni sus hijos propios) están cubiertos hasta que cumplan 26 años de edad.
Menores que tienen o son elegibles para un seguro de salud patronal	Los menores que sean 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 menores cubiertos están asegurados solo para el cuidado de enfermería rutinario durante la porción cubierta de la estadía por maternidad de la madre en el hospital.

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

Ley de Equidad para los Niños

OPM ha implantado la Ley de Equidad para los Niños del Programa de Beneficios de Salud para Empleados del Gobierno Federal de 2000. Esta ley exige que usted se suscriba a la cubierta de pareja o familiar bajo el Programa 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 cubierta de pareja o familiar de un plan de salud que provea todos los beneficios en el área donde viven sus hijos, o debe presentar evidencia (documentación) en su oficina de empleo de que usted ha obtenido otra cubierta de salud para sus hijos. Si no lo hace, su oficina de empleo lo suscribirá involuntariamente de la siguiente manera:

- Si usted no tiene cubierta bajo FEHB, su oficina de empleo lo suscribirá a la cubierta de pareja o familia, según sea apropiado, en la opción más económica del plan a nivel nacional, según lo determine la OPM.
- Si ya tiene cubierta individual en un plan que reembolsa basándose en una tarifa por servicio o está suscrito a un plan HMO que presta servicios en el área donde viven sus hijos, su oficina de empleo cambiará su suscripción a pareja o familiar, según corresponda, en la misma opción del mismo plan; o
- Si usted está suscrito en un plan HMO que no presta servicios en el área donde sus hijos viven, su oficina de empleo cambiará su suscripción a la cubierta de pareja o familiar, según sea apropiado, en la opción más económica del plan a nivel nacional, según lo 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 su hijo(a), a menos que presente documentación que establezca que tiene cubierta adecuada para sus hijos.

Si la orden judicial o administrativa sigue en vigor cuando usted se retira y tiene por lo menos un hijo elegible bajo el Programa FEHB, usted tiene que continuar su cubierta hasta la jubilación (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 continúe en vigor la orden judicial o administrativa.

Igualmente, usted no puede cambiar a una cubierta de pareja si la orden judicial o administrativa identifica que tiene más de un hijo. Comuníquese con la oficina de empleo para más información.

¿Cuándo comienzan los beneficios y el pago de primas?

Los beneficios descritos en este folleto son efectivos a partir del 1 de enero. Si usted se suscribió al plan durante el periodo de suscripción, su cubierta comienza el primer día del primer periodo de pago que comienza en o después del 1 de enero. **Si cambió de plan o de opción durante el periodo 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 de acuerdo con las disposiciones para el año 2020 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 de 2019 hasta la fecha de efectividad de la cubierta bajo su nuevo plan. Para los pensionados, la cubierta y las primas comienzan el 1 de enero. Si se suscribe al plan durante cualquier otro periodo del año, su oficina de empleo le informará de la fecha de efectividad de su cubierta.

Si su suscripción continúa después de que usted ya no es elegible para la cubierta (p. ej., se ha separado del servicio federal) y las primas no son pagadas, usted será responsable de todos los beneficios pagados durante el periodo en que no se hayan pagado primas. Su proveedor le facturará directamente por los servicios recibidos. Usted puede ser enjuiciado por fraude si intencionalmente obtiene beneficios de su seguro médico para los cuales no ha pagado primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un familiar ya no es elegible para usar su cubierta de seguro de salud.

Cuando se jubile

Cuando se jubila, 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 FEHB

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

- Su suscripción termine, a menos que usted cancele su suscripción; o
- Usted es un familiar que ya no es elegible para la cubierta.

Cualquier persona cubierta bajo la extensión temporal de 31 días, y que esté recluida en un hospital o cualquier otra institución para cuidado o tratamiento el último día de la extensión temporal (el día 31), tiene derecho de continuar su estadía, pero no por más de 60 días después del final de terminar 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 esté 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 la corte le ha ordenado a su ex-cónyuge que le provea cubierta de salud a usted. Sin embargo, usted puede ser elegible para la cubierta del Programa FEHB bajo la Ley de Equidad de Cónyuges o bajo la Continuación de Cubierta Temporal (TCC, por sus siglas en inglés). Si se ha divorciado recientemente o anticipa un divorcio, comuníquese con la oficina de empleo o de retiro de su ex-cónyuge para obtener información adicional sobre las alternativas de cubierta disponibles. Usted también puede visitar la página web de la OPM en <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/plan-information/>. Es posible que el proveedor solicite que el asegurado principal corrobore la elegibilidad de cualquiera o todos sus familiares cubiertos bajo la póliza FEHB del asegurado.

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

Si usted deja el servicio federal, empleo tribal o pierde el derecho a su cubierta porque ya no cualifica como familiar, usted podría ser elegible para TCC. La Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) no eliminó la Continuación de Cubierta Temporal ni cambió las reglas para esta. Por ejemplo, usted puede elegir TCC si no puede continuar en el Programa FEHB después de retirarse, si pierde su empleo federal o tribal, si es un hijo dependiente que estaba cubierto y cumple 26 años, etc.

Usted no puede elegir TCC si ha sido despedido de su trabajo federal o tribal debido a una conducta o falta grave.

Cómo suscribirse a TCC Obtenga el folleto RI 79-27 de su oficina de empleo o de retiro. También puede obtenerlo a través de www.opm.gov/healthcare-insurance. Este documento explica lo que debe hacer para afiliarse.

Como alternativa, usted puede comprar una cubierta a través del mercado de seguros médicos 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 costos de su bolsillo antes de tomar la decisión de afiliarse. 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 afiliarse a este plan, siempre y cuando usted aplique dentro de los 30 días luego de haber perdido la cubierta FEHB.

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. (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 u oficina que le emplea le notificará su derecho a cambiar su póliza. Usted debe solicitar dicho cambio por escrito dentro de los 31 días siguientes al recibo de esta notificación. Sin embargo, si usted es un familiar que está perdiendo su cubierta, la oficina de empleo o de retiro **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 primas serán diferentes a los que tenía bajo el Programa FEHB. Sin embargo, usted no tendrá que contestar ninguna pregunta sobre su salud, no se le impondrá un periodo de espera y su cubierta no estará limitada por condiciones preexistentes. Cuando se comunique con nosotros, le asistiremos en obtener información sobre los beneficios de salud dentro o fuera del mercado de seguros médicos de ACA en su estado. Para obtener asistencia en conseguir su cubierta, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 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 médicos 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 Estados Unidos, y esta proporciona información actualizada sobre el mercado de seguros médicos.

Sección 1. Cómo funciona este plan

Este es un plan HMO (HMO significa "Health Maintenance Organization", Organización para el Mantenimiento de la Salud). 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 de este plan, favor visite nuestra página web: www.ssspr.com. Le pedimos 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 recibir una copia de nuestro directorio de proveedores más reciente.

Los planes HMO enfatizan el cuidado preventivo como las visitas rutinarias al médico, exámenes físicos, cuidado para 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 los provee expresamente, no están prohibidos por ley o reglamento, si de algún modo ese método o terapia resulta igual de rentable que proveer beneficios a los que ya el asegurado tiene 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 coaseguros que se describen en este folleto. Cuando usted reciba servicios de emergencia de proveedores que no tienen contrato con el plan, usted tendrá que presentar formularios de reclamación.

Usted debe suscribirse a un plan HMO porque prefiere los beneficios que proporciona y no porque un proveedor en particular esté disponible con dicho plan. 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 con nosotros.

¿Quién provee mi cuidado de salud?

Triple-S Salud es un plan individual de prepago. 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., y quien ha aceptado las tarifas establecidas por Triple-S Salud como pago total por cirugía u otros servicios específicos. Si usted recibe servicios de un proveedor no participante, usted tendrá que pagar la cantidad total por los servicios recibidos y Triple-S Salud le reembolsará según las tarifas establecidas. Un proveedor no participante 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 están obligados a 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. Este es un hospital general que tiene licencia para operar en Puerto Rico o en las Islas Vírgenes de EE. UU. que tiene contrato con Triple-S Salud o Blue Cross Blue Shield para prestar servicios hospitalarios a los asegurados de Triple-S Salud. Un hospital no participante es una institución licenciada que se dedica principalmente a proveer servicios de diagnóstico y tratamiento bajo supervisión médica y con servicios de enfermería graduada las 24 horas del día para pacientes hospitalizados. Usted tendrá que pagar cualquier diferencia entre los cargos del hospital que no es proveedor del plan y la cantidad que Triple-S Salud le paga por usted.

Los beneficios que usted recibe en Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE. UU. se pagan de acuerdo con el listado de tarifas por beneficios médicos de Triple-S Salud en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.. El plan se basa en este listado de tarifas establecidas para 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 servicio, este plan pagará basándose en los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se preste el servicio o según las tarifas del plan local de Blue Cross Blue Shield. Cuando precertifiquemos los servicios que usted reciba fuera del área de servicio, nosotros pagaremos los servicios cubiertos conforme a: 1) los cargos, usuales, acostumbrados y razonables del área donde se proporcionaron los servicios; 2) las tarifas del plan local de Blue Cross Blue Shield; o 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, le reembolsaremos el 90% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud luego de descontar cualquier copago o coaseguro aplicable. Usted será responsable de los cargos facturados por estos servicios.

Para servicios recibidos por un empleado (no disponible para sus dependientes) debido a una Asignación de Trabajo

Temporal (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 de la Asignación de Trabajo Temporal. 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 en la que 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 cursar estudios de postgrado (p. ej., una maestría) según los criterios de la institución donde el (la) joven estudia. Esta certificación se deberá presentar cada semestre, cuatrimestre o trimestre, según aplique. El mismo beneficio aplica a los estudiantes que entren en TCC debido a su edad, mientras sean estudiantes a tiempo completo.

Beneficios de libre selección ("Open Access")

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

Beneficios de Punto de Servicio (POS)

Nuestro HMO ofrece beneficios de punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés). Esto significa que usted puede recibir servicios cubiertos de un proveedor no participante. Sin embargo, usted pagará más en costos de su bolsillo por estos servicios fuera de la red de lo que pagaría si el servicio lo obtuviera de proveedores de la 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 presentar una solicitud para obtener un 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 médicos y hospitales para proveer los beneficios incluidos en este folleto. Estos proveedores del plan aceptan un pago negociado con nosotros y usted solo será responsable por sus gastos compartidos (copagos, coaseguros, deducibles, y los servicios y suplidos no cubiertos). Reembolsamos a nuestros asegurados en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU. por servicios recibidos fuera de la red y en función del listado de tarifas por beneficios médicos. Los asegurados serán responsables de los cargos facturados por esos servicios. Cuando se presten servicios de emergencia fuera del área de servicio, este plan pagará basándose en los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se preste el servicio o según las tarifas del plan local de Blue Cross Blue Shield. Cuando precertifiquemos los servicios que usted reciba fuera del área de servicio, nosotros pagaremos los servicios cubiertos conforme a: 1) los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se prestaron los servicios; 2) las tarifas del plan local de Blue Cross Blue Shield; o 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, le reembolsaremos el 90% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud luego de descontar cualquier copago o coaseguro aplicable. Usted será responsable de los cargos facturados por estos servicios.

Sus derechos y responsabilidades

La OPM requiere que todos los planes FEHB provean cierta información a los 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 pensionados federales desde el 1962.
- Triple-S es un concesionario independiente de Blue Cross Blue Shield Association (BCBS). Triple-S Management Corporation es una compañía que cotiza acciones en la Bolsa de Valores de Nueva York bajo el símbolo de GTS.

Usted también tiene derecho a una amplia gama de protecciones al consumidor y tiene responsabilidades específicas como asegurado de este plan. Puede ver la lista completa de estos derechos y responsabilidades visitando nuestra página web, 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 1-800-716-6081 (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 la página web de Triple-S en www.ssspr.com.

Por ley, usted tiene el derecho de acceder a su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre el acceso a PHI, visite nuestra página web de Triple-S Salud en www.ssspr.com y obtenga la Notificación de Prácticas de Privacidad. También puede comunicarse con nosotros para solicitar que le enviemos una copia de esta 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 divulgar la información de sus reclamaciones y expedientes médicos (incluyendo la utilización de medicamentos con receta) a cualquier médico que le atienda para el tratamiento de alguna condición o a cualquier farmacia que despache sus medicamentos.

Área de servicio

Para afiliarse a este plan, usted y sus dependientes deben residir en nuestra área de servicio. Aquí es donde nuestros proveedores tienen su práctica. Nuestra área de servicio se limita a: Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU..

Si usted o algún familiar 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 afiliarse a un plan de pago por servicio o a un plan HMO que tenga contratos con asegurados 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 algún familiar se muda, usted no tiene que esperar al próximo periodo de suscripción para cambiar de plan. Comuníquese con su oficina de empleo o de retiro.

Sección 2. Cambios para el 2020

No se base únicamente en 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 a lo largo de este folleto; cualquier cambio en lenguaje que no se refleje aquí solo se trata de una aclaración que no afecta los beneficios.

Cambios a este plan

- Su porción de las primas para empleados no postales permanecerá igual en Islas Vírgenes de EE. UU.. Su porción de las primas para empleados no postales disminuirá en Puerto Rico. Vea la página 94.
- Ahora cubrimos visitas de consultorio con médicos especialistas con un copago de \$7.50. Anteriormente, el copago para visitas de consultorio con especialistas era \$10. Vea la página 31.
- Ahora cubrimos las visitas a médicos de cabecera en las Clínicas Salus con un copago de \$0. Anteriormente, el copago para visitas con médicos de cabecera era \$7.50. Vea la página 31.
- Ahora cubrimos las intervenciones de detección y consejería para reducir el consumo excesivo de alcohol en entornos de atención primaria. Vea la página 33.
- Ahora cubrimos acupuntura para el manejo del dolor, con un copago de \$10.00, al utilizar proveedores de la red, hasta 10 visitas. No cubrimos servicios fuera de la red. Anteriormente, no cubríamos la acupuntura. Vea la página 43.
- Ahora cubrimos las bombas de lactancia eléctricas para madres que acaban de dar a luz, con un copago de \$0, limitado a una por nacimiento. Anteriormente, solo se cubrían las bombas de lactancia manuales. Vea la página 35.
- Continuamos ofreciendo el servicio de ambulancia aérea dentro de nuestra área de servicio (Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE. UU.) sujeto a necesidad médica; ahora no paga nada, hasta \$50,000 por incidente. Anteriormente, el costo compartido por los servicios de ambulancia aérea era ilimitado. Vea las páginas 55 y 57.
- Ahora tenemos salas de urgencia como parte de nuestra red; su copago por visita es \$10. Anteriormente, el copago por visitas a la sala de urgencia era \$25. Vea la página 57.
- Ahora requerimos preautorización para el tratamiento de linfedemas si el tratamiento no tiene relación con las complicaciones después de un procedimiento de mastectomía. Vea la página 23.

Sección 3. Cómo obtener su cuidado médico

Tarjetas de identificación	<p>Le enviaremos una tarjeta de identificación cuando se suscriba. Usted debe llevar esa tarjeta de identificación con usted todo el tiempo. 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 ("Health Benefits Election Form"), su carta de confirmación de suscripción al plan de beneficios de salud (para pensionados) o la carta de confirmación de suscripción al sistema electrónico (como Employee Express).</p> <p>Si usted no recibe su tarjeta de identificación del plan dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de su suscripción, o si necesita reemplazar su tarjeta, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o escriba a Triple-S Salud, Departamento de Servicio al Cliente, 1441 Avenida Roosevelt, San Juan, Puerto Rico 00920. También puede solicitar el reemplazo de tarjetas a través de nuestra página web www.ssspr.com.</p>
¿Dónde puede obtener los servicios cubiertos?	<p>Usted puede obtener servicios para el cuidado de la salud de proveedores del plan y de instalaciones participantes. Usted solo pagará copagos y/o coaseguros. Si usted usa nuestro programa de punto de servicio, también podrá obtener cuidado de proveedores no participantes. No obstante, esto le costará más. Si usa nuestro programa de beneficios de libre selección ("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 de la red.</p>
Proveedores del plan	<p>Los proveedores del plan son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud en nuestra área de servicio que hemos contratado para que nuestros asegurados reciban servicios cubiertos. Nosotros evaluamos las credenciales de nuestros proveedores conforme a los estándares nacionales.</p> <p>Incluimos a nuestros proveedores en el directorio de proveedores que actualizamos periódicamente. Esta lista también está disponible en nuestra página web.</p>
Facilidades del plan	<p>Las facilidades del plan incluyen los hospitales y otras instalaciones en nuestra área de servicio que hemos contratado para que nuestros asegurados reciban servicios cubiertos por el plan. Estos proveedores están incluidos en el directorio de proveedores que actualizamos regularmente. Esta lista también está disponible en nuestra página web.</p>
Red de hospitales de cuidado coordinado	<p>Encontrará personal de Triple-S ubicado en los hospitales de la red para proveerle material educativo y coordinar sus servicios, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proceso de admisión• Precertificaciones• Visitas al médico luego de haber sido dado de alta <p>Vea el directorio de proveedores para conocer cuáles hospitales dentro de la red proveen estos servicios.</p>
Otros proveedores	<p>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 este plan. Usualmente reembolsamos a nuestros asegurados a base de nuestras tarifas establecidas.</p> <p>Refiérase a la Sección</p> <p>1, "Cómo funciona este plan", bajo "Cómo le pagamos a nuestros proveedores", para más información sobre los reembolsos de proveedores no participantes.</p>

¿Qué debe hacer para obtener servicios cubiertos?

Esto 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 proveerá o coordinará la mayor parte de lo que conlleva 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 de salud o le referirá a un especialista. Si usted desea cambiar su médico generalista o si su médico generalista deja el plan, llámenos. Nosotros 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 cualquier especialista sin un referido.

A continuación, aclaramos otros detalles que usted debe saber sobre el cuidado especializado:

- Si usted ya ve a un especialista y este abandona el plan, comuníquese con nosotros. 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 a otro médico.
- Si usted tiene una condición crónica o incapacitante y pierde acceso a su especialista debido a que nosotros:
 - Terminamos nuestro contrato con su especialista por alguna razón;
 - Nos damos de baja del Programa de Beneficios de Salud para 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 90 días luego de que reciba la notificación de cambio. Comuníquese con nosotros. Por otra parte, si nos damos de baja del programa, 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 a su especialista hasta el final del cuidado postparto, aun si excede los 90 días.

Cuidado hospitalario

Su generalista 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 facilidad.

Si 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 empieza su afiliación al plan, llame inmediatamente a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) 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 esté hospitalizado, comenzando en la fecha de entrada en vigor de su cubierta.

Si usted cambió de otro plan FEHB a nuestro plan, el anterior pagará por la estadía en el hospital hasta:

- Que usted sea dado de alta, y no simplemente trasladado a un centro de cuidado alternativo;
- El día en que los beneficios de su plan anterior terminen; o
- El día 92 después de que se haga asegurados de este plan, 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, entonces esta estipulación de continuación de cubierta no es aplicable. En dichos casos, los beneficios del familiar hospitalizado en virtud del nuevo plan comienzan en la fecha de entrada en vigor de la cubierta.

Necesita preautorización del plan para ciertos 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 al cuidado descrito bajo "Otros servicios", o a cuidado fuera de la red cuando usted se auto refiere.

Usted debe obtener una preautorización para ciertos servicios. El no hacerlo resultará en la denegación del servicio.

Admisión hospitalaria

Precertificación es el proceso mediante 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, si es médicamente necesario y si sigue las directrices de la práctica médica generalmente aceptada. Nosotros le llamamos a esto precertificación de evaluación y aprobación. Llámenos al 787-774-6081 (TTY:

787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU..

Le proveeremos los beneficios por servicios cubiertos solo cuando sean médicamente necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad o condición. Usted o su plan debe obtener precertificación de este plan para los siguientes beneficios o servicios:

- Servicios fuera del área de servicio, excepto en casos de emergencia (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 Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés);
- Trasplantes de órganos y tejidos (vea Nota al final);
- Litotricia;
- Osteotomía;
- Mamoplastía;
- Terapia con hormonas de crecimiento;
- Medicamentos identificados que requieren precertificación en la Lista de Medicamentos;
- Tomografía por emisión de positrones (PET y PET-CT, por sus siglas en inglés);
- Septoplastia;
- Rinoplastía;
- Blefaroplastia;
- Cirugías que se practican en consultorios, pero que se harán en un hospital;
- Tratamiento quirúrgico para tratar la obesidad mórbida (cirugía bariátrica);
- Válvula del habla para traqueotomía protésica
- Prótesis traqueoesofágica para la voz
- Bombas de insulina y/o suplidors
- Reemplazo de implantes; y,
- Tratamiento de linfedemas, si este no involucra ninguna complicación física luego de una mastectomía.

Nota: Existe un proceso especial de preautorización para trasplantes. Para ser considerados para un trasplante de órgano/tejido, los asegurados deben:

- Tener un diagnóstico que indique la necesidad de 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 o al 787-774-4824, o por correo electrónico a manejocasos@ssspr.com. Todos los servicios para trasplante de órgano/tejido requieren preautorización.

Cómo solicitar una precertificación para una admisión u otros servicios

Cuando usted se mantiene dentro de nuestra 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 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. previo a su admisión o previo a recibir los servicios que requieren precertificación.

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 de teléfono;
- Razón para la hospitalización, tratamiento sugerido o cirugía;
- Nombre y número de teléfono del médico que le admite;
- Nombre del hospital o facilidad; y
- Número de días solicitados para la estadía en el hospital.

Reclamaciones que no sean para cuidado urgente

Para reclamaciones de cuidados no urgentes, nosotros le indicaremos al médico y/o la facilidad sobre el cuidado que certificamos para servicios que requieren preautorización. Tomaremos nuestra decisión dentro de los 15 días siguientes a la fecha de recibir 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 de 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 la 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 cuidado de urgencia

Si usted tiene una reclamación de cuidado de urgencia (i.e., cuando la espera regular para recibir su tratamiento o cuidado médico pueda poner en peligro su vida, salud, o habilidad de recuperar una máxima funcionalidad, 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 de urgencia, revisaremos la documentación que usted provea y determinaremos si se trata de una reclamación de cuidado de urgencia o no. Se aplicará el juicio de una persona prudente que posea un conocimiento promedio de la salud y la medicina para dicha determinación.

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.

Le podríamos notificar nuestra decisión verbalmente dentro de los plazos indicados, pero le daremos seguimiento por escrito o correo electrónico después de los tres días de la notificación verbal.

Usted puede solicitar que su reclamación de cuidado de urgencia en apelación sea revisada simultáneamente tanto por nosotros como por la OPM. Por favor, déjenos saber si le interesa una revisión simultánea de su reclamación de cuidado de urgencia por la OPM. Nos puede notificar por escrito al momento de apelar nuestra decisión inicial o llamando al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (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 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del este, para solicitar la revisión simultánea. Nosotros cooperaremos con la OPM para que pueda evaluar su reclamación de apelación rápidamente. Además, si usted no indicó que su

reclamación era de cuidado de urgencia, llámenos al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.. Si se determina que su reclamación es de cuidado de urgencia, nosotros aceleraremos nuestra evaluación (si aún no hemos dado respuesta a su reclamación).

Reclamaciones de cuidado concurrente

Una reclamación de cuidado concurrente supone un cuidado provisto durante un periodo de tiempo o por cierta cantidad de tratamientos. Cualquier reducción o terminación de nuestro curso de tratamiento pre-aprobado antes de que finalice el periodo aprobado o número de tratamientos será tratada como una decisión apelable. Esto no incluye la reducción o terminación debido a cambios en beneficios o el fin de su afiliación. 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 vigor.

Si usted solicita una extensión a un tratamiento en curso, al menos 24 horas antes de que expire el periodo de tiempo aprobado y esto también sea una reclamación de cuidado de urgencia, nosotros tomaremos una decisión dentro de las 24 horas luego de haber recibido dicha reclamación.

Programa de Cuenta de Gastos Flexibles del Gobierno Federal (FSAFEDS, por sus siglas en inglés)

- Cuenta de gastos flexibles para la atención médica (HCFSA, por sus siglas en inglés)
 - Le reembolsa los gastos elegibles incurridos por usted para servicios médicos (tales como copagos, deducibles, medicamentos sin receta ordenados por su médico, gastos por cuidado dental y de visión, y mucho más) para usted y sus dependientes, incluidos los hijos adultos (hasta que finalice el año calendario en que cumplan 26 años de edad).
- El programa FSAFEDS ofrece reembolsos digitales directo a su HCFSA para una serie de planes FEHB y FEDVIP. Esto significa que cuando usted o su proveedor presente una reclamación a su plan FEHB o FEDVIP, el programa FSAFEDS le reembolsará automáticamente sus gastos elegibles incurridos (gastos que paga de su bolsillo), según la información de la reclamación que el programa reciba de su plan.

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 que pueda causar serios daños a alguna función física, usted, su representante, el médico o el hospital debe llamarnos 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, vea la Sección 5(d), "Beneficios de emergencia", para información.
Si su tratamiento necesita ser extendido	Si usted solicita una extensión a un tratamiento en curso, al menos 24 horas antes de que expire el periodo de tiempo aprobado y esto también sea una reclamación de cuidado de urgencia, nosotros tomaremos una decisión dentro de las 24 horas luego de haber recibido dicha reclamación.
¿Qué ocurre cuando usted no sigue las reglas de precertificación al utilizar proveedores fuera de la red?	Nosotros evaluaremos su tratamiento. Si determinamos que no es médicamente necesario y/o está sujeto a exclusiones, usted será responsable de todos los cargos.
Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre una reclamación pre-servicio	<p>Si usted tiene una reclamación pre-servicio y no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la precertificación de una admisión o la preautorización de otros servicios, usted puede solicitar una revisión conforme al proceso detallado a continuación.</p> <p>Si ya recibió el servicio, suplido o tratamiento, usted tiene una reclamación post-servicio y debe seguir el proceso de disputa de reclamaciones indicado en la Sección 8.</p>
• Para reconsiderar una reclamación de cuidado no urgente	<p>Usted puede solicitar que reconsideremos nuestra decisión inicial dentro de 6 meses a partir de dicha decisión. Siga el paso 1 del proceso de disputa de reclamaciones que se detalla en la Sección 8 de este folleto.</p> <p>En caso de una reclamación pre-servicio, y sujeto a una solicitud de información adicional, tenemos 30 días desde la fecha en que recibimos su solicitud de reconsideración por escrito para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Precertificar su hospitalización o, si aplica, coordinar para que el proveedor de salud le proporcione el cuidado o aceptar su solicitud de preautorización para el servicio, medicamento o suplido. 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. Entonces, tomaremos una decisión dentro de 30 días más. Si no recibimos la información dentro de los 60 días, tomaremos una decisión dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha de vencimiento para recibir la información. Nuestra decisión se basará en la información que ya tenemos. Nosotros le enviaremos nuestra decisión por escrito. 3. Le escribiremos para notificarle que mantenemos nuestra denegación.

- **Para reconsiderar una reclamación de cuidado de urgencia**

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

A menos que le solicitemos información adicional, le notificaremos nuestra decisión dentro de 72 horas luego de recibir su solicitud de reconsideración. El proceso de evaluación será expedito, lo que permitirá solicitudes de apelación orales o por escrito y el intercambio de información por teléfono, correo electrónico, fax u otros métodos expeditos.

- **Para presentar una apelación ante OPM**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, luego de que hayamos reconsiderado su **reclamación pre-servicio**, usted 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.

Circunstancias fuera de nuestro control

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 este caso, haremos todos los esfuerzos razonables para proporcionarle el cuidado necesario.

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 utilizado para referirse a los costos que usted paga de su bolsillo (p. ej., deducibles, coaseguros y copagos) por los servicios cubiertos recibidos.

Copago

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

Ejemplo: Cuando ve a su especialista, usted paga un copago de \$10 por cada visita al consultorio.

Coaseguro

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

Ejemplo: En nuestro plan, usted paga el 20% de nuestra tarifa para ciertas 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 por la cantidad máxima que paga de su bolsillo para coaseguros y copagos

Luego de que sus copagos y coaseguro por servicios cubiertos dentro de la red sumen \$6,600 bajo la cubierta individual, usted no tendrá que pagar más coaseguros o copagos por servicios cubiertos que usted reciba el año. El máximo que pagará de su bolsillo bajo la cubierta de pareja o familiar es \$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 servicios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que debe pagar de su bolsillo. Por lo tanto, debe continuar pagando estos servicios:

- La diferencia entre nuestras tarifas negociadas del plan y los cargos facturados por un servicio o suplido cubierto;
- El costo de servicios o suplidos 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 1 de enero, cualquier gasto que hubiese aplicado al beneficio de la cubierta catastrófica de ese plan será cubierto por su plan anterior, si usted recibió el servicio en enero 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 aplicará hasta la fecha de efectividad de su cubierta en este plan. Si usted no ha cubierto este nivel de gasto en su totalidad, su plan anterior aplicará los costos 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 costos pagados de su bolsillo incurridos a partir de ese momento hasta la fecha de efectividad de su cubierta bajo este plan.

Su plan anterior pagará estos gastos cubiertos conforme a los beneficios de este año; los cambios en beneficios serán efectivos el 1 de enero.

Cuando las agencias gubernamentales nos facturan

El Departamento de Asuntos del Veterano, el Departamento de Defensa y los Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos tienen el derecho de solicitarnos reembolsos por ciertos servicios y suplidos que ellos le proveen a usted o a un miembro de su familia. Ellos no podrán cobrar más de lo que las leyes vigentes permiten. Usted pudiera ser responsable de pagar por ciertos cargos y servicios. Comuníquese directamente con la agencia de gobierno para más información.

Sección 5. Beneficios

Vea la página 19 para ver cómo los beneficios cambiaron este año y las páginas 94 y 95 para el Resumen de Beneficios.

Sección 5. Beneficios.....	29
Sección 5(a). Servicios y suplidos médicos provistos por médicos y otros profesionales de la salud	31
Servicios de diagnóstico y tratamiento	31
Telemedicina.....	32
Laboratorios, Rayos X y otros estudios diagnósticos	32
Cuidado preventivo, adultos	32
Cuidado preventivo, niños	34
Cuidado de maternidad	35
Planificación familiar.....	36
Servicios de infertilidad	36
Cuidado para el tratamiento de alergias	36
Terapias de tratamiento.....	37
Terapia física y ocupacional	38
Terapia del habla.....	39
Cuidado de la audición (exámenes, tratamientos y suplidos)	39
Cuidado de la vista (exámenes, tratamientos y suplidos).....	40
Cuidado de los pies.....	40
Dispositivos ortopédicos y prostéticos.....	41
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés).....	41
Servicios de salud en el hogar.....	42
Servicios quiroprácticos.....	43
Nutrición.....	43
Tratamientos alternativos.....	43
Clases y programas educativos	43
Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia provistos por médicos y otros profesionales de la salud	46
Procedimientos quirúrgicos	46
Cirugía reconstructiva.....	47
Cirugía oral y maxilofacial	48
Trasplantes de órganos y tejidos	48
Anestesia.....	52
Sección 5(c). Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia	53
Hospitalizaciones	53
Servicios ambulatorios en el hospital o centro de cirugía ambulatoria	54
Beneficios de cuidado extendido/centro de enfermería especializada.	55
Cuidado de hospicio	55
Ambulancia.....	55
Sección 5(d). Accidentes / servicios de emergencia	56
Emergencia dentro de nuestra área de servicio	57
Emergencia fuera de nuestra área de servicio	57
Ambulancia.....	57
Sección 5(e). Beneficios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias	58
Servicios Profesionales	58
Diagnósticos	60
Hospitalización u otra instalación cubierta	60
Hospitalario ambulatorio u otra instalación cubierta	60

Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados	61
Medicamentos y suplidos cubiertos	64
Sección 5(g). Beneficios dentales	67
Beneficios dentales	70
Sección 5(h). Bienestar y otros beneficios especiales	70
Opción de beneficios flexibles	70
Centro de llamadas disponible 24 horas al día, 7 días a la semana	70
Programa BlueCard®	70
BlueCard Worldwide	71
Centros de excelencia para trasplantes/cirugía del corazón/etc.	71
Telexpreso	71
Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP, por sus siglas en inglés)	71
Herramienta para la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés)	71
Centros de cuidado preventivo	73
Oncology Analytics	73
Sección 5(i). Beneficios de Punto de Servicio (POS)	74
Beneficios fuera del FEHB disponibles para los asegurados	75
Resumen de Beneficios del Plan Triple-S Salud 2020	94

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

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funciona el costo compartido. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".
- **USTED O SU PROVEEDOR DEL PLAN DEBE OBTENER LA PRECERTIFICACIÓN PARA ALGUNOS SERVICIOS MÉDICOS Y SUPLIDOS.** Vea la información sobre precertificación en la Sección 3 para corroborar cuáles servicios y cirugías requieren precertificación.
- Si utiliza un proveedor fuera del plan pero que se encuentre en de nuestra área de servicios, usted pagará por los servicios recibidos y el plan le reembolsará 90% de la tarifa establecida por el plan, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable. Por favor, refiérase a la Sección 1, bajo "¿Quién provee mi cuidado de salud?", para conocer más sobre los servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Servicios de diagnóstico y tratamiento	Opción Ampliada
Servicios profesionales de médicos	En la red: Nada
<ul style="list-style-type: none"> • Visita al consultorio de médicos generalistas en nuestras Clínicas Salus 	
<ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio médico • Segunda opinión quirúrgica • Consultas médicas 	<p>En la red: \$7.50 por visita al consultorio de su médico generalista o especialista</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • En un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencias • Durante una estadía en un hospital • En un centro de enfermería especializada – requiere precertificación (vea la Sección 3) 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
En el hogar	<p>En la red: \$15 por visita del médico, o nada por visitas de enfermeras o auxiliares de la salud en el hogar</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de enfermería privada, excepto para el tratamiento de enfermedades mentales 	Todos los cargos

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Telemedicina	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> Hasta cuatro consultas por asegurado 	En la red: \$10.00 por consulta Fuera de la red: Todos los cargos
Laboratorios, Rayos X y otros estudios diagnósticos	Opción Ampliada
Exámenes, tales como: <ul style="list-style-type: none"> Pruebas de sangre Análisis de orina Análisis de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) 	En la red: \$1.00 por prueba de laboratorio Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
<ul style="list-style-type: none"> Polisomnografía Amniocentesis genética Estudios vasculares y cardiovasculares no invasivos, incluidos electrocardiogramas (EKG, por sus siglas en inglés) y electroencefalogramas (EEG, por sus siglas en inglés) 	En la red: 20% Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Cuidado preventivo, adultos	Opción Ampliada
<p>Cubrimos una amplia gama de servicios de cuidado preventivo para adultos bajo las categorías A y B según lo recomendado por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés). Los asegurados mayores de 21 años de edad 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> <ul style="list-style-type: none"> Colesterol sanguíneo total Depresión Diabetes Hipertensión arterial VIH Examen de detención de cáncer colorrectal, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> Sangre oculta en la excreta Sigmoidoscopia de cernimiento – cada cinco años a partir desde los 50 años de edad 	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada

Cuidado preventivo, adultos - continúa en la próxima página

Cuidado preventivo, adultos (cont.)	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> - Examen de colonoscopia – cada diez años, a partir de los 50 años de edad • Orientación individual para la prevención y reducción de riesgos a la salud. • Prueba del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) • Detección de clamidia / gonorrea • Consejería anual para infecciones de transmisión sexual • Consejería anual y detección de virus de inmunodeficiencia humana • Métodos anticonceptivos y consejería • Evaluación y consejería para violencia doméstica e interpersonal • Prueba de detección y consejería para reducir el abuso del alcohol 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Visitas preventivas de bienestar para la salud de la mujer, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de cáncer cervical (Papanicolaou) • Prueba del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) • Medicamentos profilácticos para la gonorrea para la protección de recién nacidos • Detección de osteoporosis • Examen de cáncer de seno • Depresión perinatal: consejería e intervenciones 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Mamografía rutinaria - cubierta para mujeres mayores de 35 años como de detalla a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde los 35 a 39 años de edad, una durante este periodo de 5 años • Desde los 40 a 64 años, una cada año calendario • Desde los 65 años en adelante, una cada dos años calendario consecutivos 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Inmunizaciones para adultos, avaladas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés): basado en el cronograma de vacunación recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).</p> <p>Nota: Una lista de los servicios de cuidado preventivo recomendados bajo el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) está disponible en línea en http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/.</p> <p>HHS: https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/ CDC: http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más 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/ Para información adicional: www.healthfinder.gov/myhealthfinder/default.aspx</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Cuidado preventivo, adultos - continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p>Cuidado preventivo, adultos (cont.)</p> <p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes físicos o vacunas requeridos para obtener o continuar en un empleo o seguro, asistir a escuelas, campamentos, exámenes de atletismo o viajes. • Inmunizaciones, refuerzos y medicamentos para viajar o exposición relacionados con el trabajo. 	<p>Opción Ampliada</p> <p>Todos los cargos</p>
<p>Cuidado preventivo, niños</p> <p>Cargos por exámenes de rutina para el cuidado de niños, tales como:</p> <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>Opción Ampliada</p> <p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más 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 Directrices de Futuros Brillantes 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 Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) está disponible en línea en http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/</p> <p>HHS: https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/ CDC: http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html Par a información adicional: www.healthfinder.gov/myhealthfinder/default.aspx</p> <p>Nota: Para una lista completa de las Directrices de Futuros Brillantes de la Academia Americana de Pediatría, visite: https://brightfutures.aap.org/materials-and-tools/guidelines-and-pocket-guide</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Cuidado de maternidad	Opción Ampliada
<p>Cuidado completo de maternidad (obstétrico), como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado prenatal • Pruebas para la detección de diabetes gestacional en mujeres embarazadas • Parto • Cuidado post-parto 	<p>En la red: \$10.00 por visita a consultorio. Nada por el parto.</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de consejería y apoyo para la lactancia, por cada embarazo • Bomba de lactancia eléctrica para madres que acaban de dar a luz, limitado a una por nacimiento. 	<p>En la red: Nada</p>
<p>Nota: Bombas de lactancia no requieren nuestra precertificación. Para obtener su bomba de lactancia eléctrica, llame al Departamento de Educación y Manejo de Enfermedades (Programa de Cuidad Prenatal) en Triple-S Salud, al (787) 749-4949, extensión (832-2042)</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Nota: A continuación incluimos varios detalles a considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No es necesario obtener precertificación para un parto vaginal. Vea la página 26 para otras circunstancias, como estancias prolongadas para usted o su bebé. - 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 necesarios para el bebé únicamente si el bebé está cubierto con nosotros bajo el plan de pareja o familiar. La circuncisión está incluida como parte de los beneficios quirúrgicos y no como parte de los beneficios de maternidad. - Pagamos la hospitalización y los gastos por los servicios del cirujano (parto) igual que si fuera una enfermedad o lesión. Vea "Beneficios de hospital" (Sección 5 (c)) y "Beneficios quirúrgicos" (Sección 5 (b)). - Los servicios hospitalarios están cubiertos bajo la Sección 5(c) y los beneficios quirúrgicos en la Sección 5(b). <p>Nota: Cuando un recién nacido requiere tratamiento durante o después de que la madre sea hospitalizada, 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 beneficios en vez de los de maternidad.</p>	

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Planificación familiar	
<p>Una serie de servicios voluntarios de planificación familiar, limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejería anual sobre métodos anticonceptivos • Esterilización voluntaria – limitada a vasectomías y ligaduras de trompas • Implantación quirúrgica de anticonceptivos • Dispositivos intrauterinos (IUD, por sus siglas en inglés) <p>Nota: Cubrimos anticonceptivos orales e inyectables y dispositivos, tales como diafragmas, bajo el beneficio de medicamentos recetados (Sección 5(f)).</p>	<p>Opción Ampliada</p> <p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reversión de una cirugía para esterilización voluntaria • Pruebas genéticas y consejería 	<p>Todos los cargos</p>
Servicios de infertilidad	
<p>Diagnóstico y tratamiento de infertilidad, tal 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>Opción Ampliada</p> <p>En la red: \$7.50 por visita al consultorio</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tecnología asistida para la reproducción (ART, por sus siglas en inglés), tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Fertilización in vitro (IVF, por sus siglas en inglés) - Transferencia de embrión, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y de cigoto (ZIFT, por sus siglas en inglés) • Servicios y suplidos relacionados con los procedimientos ART • Costo de espermatozoides del donante o costo de óvulo del donante • Medicamentos para la fertilidad 	<p>Todos los cargos</p>
Cuidado para el tratamiento de alergias	
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y tratamientos 	<p>Opción Ampliada</p> <p>En la red: \$7.50 por visita al consultorio</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suero para las alergias • Vacunas para las alergias 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas reactivas de alergia a alimentos y desensibilización de alergias sublinguales 	<p>Todos los cargos</p>

Cuidado para el tratamiento de alergias	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y tratamientos 	<p>En la red: \$7.50 por visita al consultorio</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suero para las alergias • Vacunas para las alergias 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas reactivas de alergia a alimentos y desensibilización de alergias sublinguales 	<p>Todos los cargos</p>
Terapias de tratamiento	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia y terapia de radiación <p>Nota: El tratamiento estará sujeto a revisión por pares. Vea Oncology Analytics en la Sección 5(h).</p> <p>Nota: La quimioterapia de dosis alta en conjunto con trasplante autólogo de médula ósea está limitada a aquellos trasplantes que se enumeran bajo Trasplantes de órganos/tejidos en las páginas 48-49.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diálisis – hemodiálisis y diálisis peritoneal • Terapia de infusión intravenosa (IV, por sus siglas en inglés) – Infusión intravenosa en el hogar y terapia con antibióticos • Terapia con hormonas de crecimiento (GHT, por sus siglas en inglés) 	<p>En la red: \$7.50 por visita al consultorio</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Nota: Las hormonas de crecimiento se cubren bajo el beneficio de medicamentos recetados. Nosotros únicamente cubriremos GHT cuando precertifiquemos el tratamiento. Usted o su médico deben llamar al 787-774- 6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., para la precertificación. Nosotros le requeriremos que presente información que establezca la necesidad médica de GHT. Solicite nuestra aprobación antes de que comience el tratamiento de GHT porque, de lo contrario, solo cubriremos los servicios de GHT desde la fecha en que envíe 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 suplidos relacionados. Vea la Sección 3, "Servicios que requieren nuestra preautorización".</p>	<p>En la red: \$7.50 por visita al consultorio</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Terapias de tratamiento - continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Terapias de tratamiento (cont.)	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia respiratoria y de inhalación hasta un máximo de 20 sesiones al año. Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos, a través del proceso de precertificación, que los servicios son médicamente necesarios. 	<p>En la red: \$10 por sesión de terapia respiratoria</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<p>Evaluación de conducta adaptativa y tratamiento para trastornos dentro del espectro autista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación para la identificación de comportamientos • Evaluación de seguimiento del comportamiento por observación y exposición • Tratamiento conductual adaptativo • Tratamiento conductual adaptativo grupal y familiar <p>Nota: Los asegurados cubiertos deben recibir los servicios de cuidado dentro de la red. Los servicios están sujetos a los protocolos de Triple-S.</p>	<p>En la red: \$7.50 por visita a consultorios fuera de la red:</p> <p>Todos los cargos</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios no aparecen como cubiertos 	<p>Todos los cargos</p>
<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 no tendrá que pagar por adelantado; de lo contrario, usted deberá pagar el importe del proveedor y Triple-S Salud le reembolsará hasta las tarifas establecidas.</p>
Terapia física y ocupacional	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física <ul style="list-style-type: none"> - Provista por fisioterapeutas cualificados bajo la supervisión de un médico especializado en terapia física; - hasta 60 terapias por condición, si se espera una mejoría significativa 	<p>En la red: \$7.50 por evaluación en consultorio o \$10 por terapia</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Terapias físicas y ocupacionales - continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Terapia física y ocupacional (cont.)	Opción Ampliada
<p>Nota: Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos, a través del proceso de precertificación, que los servicios son médicamente necesarios.</p>	<p>En la red: \$7.50 por evaluación en consultorio o \$10 por terapia</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional <ul style="list-style-type: none"> - provista 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, a través del proceso de precertificación, que los servicios son médicamente necesarios.</p>	<p>\$10 por sesión de terapia</p> <p>Nota: Para terapia ocupacional, debe pagar primero por los servicios y después obtener el reembolso de nosotros. Los terapeutas ocupacionales no son proveedores del plan y no tienen que aceptar las tarifas establecidas como pago total.</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de rehabilitación a largo plazo • Programas de ejercicio 	<p>Todos los cargos</p>
Terapia del habla	Opción Ampliada
<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 precertificación.</p>	<p>\$10 por visita al consultorio y/o sesión de terapia del habla además de los cargos que excedan nuestras tarifas establecidas.</p> <p>Nota: Para terapia del habla, usted debe pagarle 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 suplidos)	Opción Ampliada
<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 • Timpanometría <p>Nota: Para exámenes rutinarios de audición durante una visita preventiva de niños, vea la Sección 5(a), "Cuidado preventivo, niños".</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos auditivos, hasta un máximo de \$1,000 cada dos años para uno o ambos oídos combinados (vea la Sección 5(a), "Dispositivos ortopédicos y prostéticos") 	<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>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suplidos 	<p>Todos los cargos</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado de la vista (exámenes, tratamientos y suplidos)	
<ul style="list-style-type: none"> • Además de los beneficios médicos y quirúrgicos provistos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los ojos, usted puede realizarse un examen de refracción al año (que incluye una receta escrita para lentes) con 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 align="center">Opción Ampliada</p> <p>En la red: \$7.50 por visita al consultorio</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de optómetras 	<p>En la red: \$7.50 por visita al consultorio</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Un par de espejuelos o lentes de contacto al año para los asegurados hasta los 21 años de edad. 	<p>En la red: Nada, hasta la tarifa establecida. El asegurado será responsable de los cargos adicionales que excedan la tarifa establecida.</p> <p>Fuera de la red: Cubierto por reembolso, hasta la tarifa establecida. El asegurado será responsable de los cargos adicionales que excedan la tarifa establecida.</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes correctivos y ajuste de lentes de contacto • Ejercicios para los ojos y ortópticos • Lentes intraoculares multifocales • Queratotomía radial y otras cirugías refractivas • Suplidos 	<p>Todos los cargos</p>
Cuidado de los pies	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario de los pies 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 podiátricos 	<p align="center">Opción Ampliada</p> <p>En la red: \$7.50 por visita al consultorio de un médico generalista, podiatra, o especialista</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento debido a pies débiles, tensos o planos 	<p>Todos los cargos</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Dispositivos ortopédicos y próstéticos	Opción Ampliada
<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 seno luego de una mastectomía 	<p>En la red: Nada</p> <p>10% de los cargos permitidos fuera de la red, luego de cualquier copago o coaseguro y de cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos próstéticos internos (implantes), tales como articulaciones artificiales, marcapasos e implantes cocleares. Prótesis de extremidades inferiores y superiores y ortésicos, hasta un máximo de \$5,000 por año, en combinación. • Reparación de dispositivos próstéticos externos • Válvula del habla para traqueotomía protésica, requiere preautorización • Soportes lumbosacrales, requieren preautorización • Prótesis traqueoesofágica para la voz, requiere preautorización • Dispositivos 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, vea la Sección 5(b), "Procedimientos quirúrgicos". Para información sobre los beneficios de hospital y/o de cirugía ambulatoria, vea la Sección 5 (c), Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia.</p>	<p>En la red: 20%. Nada para dispositivos 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 aplicable más 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 por dispositivos auditivos.</p>
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Opción Ampliada
<p>Alquiler o compra, a nuestra opción, de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), incluida la reparación y ajuste de dicho equipo. Los artículos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno • Camas de posición (tipo hospital) • Sillas de ruedas • Andadores • Monitores de glucosa en sangre 	<p>En la red: 20%</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Equipo médico duradero (DME) - continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p>Equipo médico duradero (DME) (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulmón de hierro • Otro equipo respiratorio • Suplidos para osteotomías • Suplidos para traqueotomías • Equipo básico para el tratamiento de apnea del sueño (CPAP, por sus siglas en inglés), incluyendo la máscara facial y nasal y suplidos • Bombas de insulina y/o sus suplidos 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>Opción Ampliada</p> <p>En la red: 20%</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muletas • Cualquier otro equipo médico duradero que no aparezca en la lista de arriba • Suplidos para los monitores de glucosa, tales como lancetas y tirillas 	<p>Todos los cargos</p>
<p>Servicios de salud en el hogar</p>	<p>Opción Ampliada</p>
<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>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de enfermería solicitado por, o para la conveniencia de, el paciente o su familia; • 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; • Servicios que son primordialmente para proveer aseo personal, alimentación, ejercicios, mover al paciente, tareas del hogar, compañía o administración de medicamentos por vía oral; • Servicios de ama de llaves. 	<p>Todos los cargos</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p>Servicios quiroprácticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas para manipulaciones de la columna vertebral 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 lumbosacral de la columna vertebral. Algunos servicios no están cubiertos, tales como: masajes, manejo de dietas, ultrasonido, entre otros.</p>	<p>Opción Ampliada</p> <p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más 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 el importe del proveedor y Triple-S Salud le reembolsará hasta la tarifa establecida.</p>
<p>Nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de nutricionistas, hasta 4 visitas por año. 	<p>Opción Ampliada</p> <p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: Nada, hasta nuestra tarifa establecida y todos los cargos en adelante</p>
<p>Tratamientos alternativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de acupuntura para manejo del dolor, hasta 10 visitas por año póliza 	<p>Opción Ampliada</p> <p>En la red: Copago de \$10</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>
<p>Clases y programas educativos</p> <p>Programa de Bienestar Total</p> <p>Este Programa está orientado a atender las cinco condiciones crónicas más comunes entre los puertorriqueños: diabetes, asma, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) y fallo cardíaco. Incluye servicios tales como tratamiento clínico (provisto por su médico), seguimiento y orientación ofrecida por profesionales de enfermería y educadores de salud, con quienes podrá conversar en talleres educativos o por teléfono y le enviarán por correo material educativo sobre cómo cuidar de cada condición.</p> <p>Programa de Diabetes – Consiste en orientaciones educativas para asegurados diabéticos mayores de 18 años. A continuación, presentamos algunos de los temas que se discutirán en los talleres y las llamadas telefónicas: Qué es la diabetes, los factores emocionales de las personas diabéticas, ejercicio, nutrición, uso de medicamentos y complicaciones, entre otros. Ofrecemos orientaciones sobre el cuidado y control de la condición mediante diversos profesionales de la salud, tales como enfermeras, educadores de salud y nutricionistas, quienes le contactarán para brindarle cualquier ayuda que necesite para controlar la condición.</p> <p>Programa de Hipertensión – Consiste en actividades educativas orientadas a los asegurados mayores de 18 años que sufren de hipertensión (hipertensión arterial o presión arterial no controlada). Usted aprenderá: Qué es la hipertensión, sus señales y síntomas y cómo modificar su estilo de vida para mantener su presión arterial bajo control. Es importante mantener la presión arterial bajo control, ya que reduce el riesgo de complicaciones como ataques al corazón y derrames cerebrales, entre otras. Triple-S Salud cuenta con un equipo de profesionales que le ayudará a modificar los hábitos que le impiden controlar su condición.</p>	<p>Opción Ampliada</p> <p>Nada</p>

Clases y programas educativos – continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Clases y programas educativos (cont.)	Opción Ampliada
<p>Programa de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – Los asegurados mayores de 40 años que sufren de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) reciben orientación sobre su condición, el uso de medicamentos para controlarla, señales y síntomas de complicaciones y la importancia de dar seguimiento médico a la condición. Nuestros profesionales de la salud ayudan a los pacientes 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 fallo cardíaco (del corazón). Esta es una enfermedad del corazón que provoca que el bombeo de sangre al cuerpo no sea normal. Si la condición es severa, nuestros profesionales de enfermería del Programa de Fallo Cardíaco le orientarán sobre cómo cuidarse y así lograr que usted se sienta mejor. Si participa en el programa, se le enviará material educativo a su hogar. Los asegurados cuya condición no es severa recibirán invitaciones a actividades educativas de parte de los educadores de salud. Todo esto le ayudará a controlar su condición, evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.</p> <p>Programa Prenatal – Ofrece educación sobre la importancia del cuidado prenatal temprano y los factores de riesgo que las futuras mamás deben conocer. Las aseguradas embarazadas recibirán folletos educativos sobre el cuidado del embarazo y del bebé. La asegurada también podrá recibir orientación telefónica por parte de especialistas de manejo clínico en el área prenatal, así como talleres educativos ofrecidos por los educadores de salud.</p> <p>Programa de Educación en Salud – La educación en salud es un componente esencial para evitar enfermedades y lograr una buena calidad de vida. La prevención de enfermedades y una buena calidad de vida pueden lograrse en parte mediante orientaciones y experiencias educativas en las que usted participe. Estas experiencias le serán útiles y proveerán la información que necesita para adoptar estilos de vida saludables de forma voluntaria. Mediante estas actividades educativas, los educadores de salud y otros profesionales de Triple-S Salud le ayudarán a identificar los estilos de vida que beneficiarán su salud.</p> <p>Programa para dejar de fumar – Triple-S Salud le ofrece un programa educativo y de promoción de la salud para ayudarle a dejar de fumar. Este programa está orientado a los usuarios de tabaco/cigarrillos electrónicos y sus familiares que deseen participar voluntariamente. El programa ofrece consejería individual/grupal y telefónica.</p> <p>Nota: El programa FEHB de Triple-S Salud cubre medicamentos para dejar de fumar, medicamentos sin receta (OTC) y medicamentos con receta aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco. Vea la Sección 5(f): Beneficio de medicamentos recetados</p>	Nada

Clases y programas educativos – continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Clases y programas educativos (cont.)	Opción Ampliada
<p>Programa de Manejo de Obesidad – Este programa incluye orientaciones y educación sobre cómo adoptar buenos hábitos alimenticios, elegir alimentos saludables, leer las etiquetas nutricionales y escoger sus alimentos al salir a comer fuera, entre otros temas. Este programa ha sido diseñado para asegurados con un índice de masa corporal (IMC) de 30.0 kg/m² o más que también cumplan con los criterios de participación establecidos. Si el asegurado participa en el programa, recibirá intervenciones nutricionales de un dietista-nutricionista debidamente certificado y capacitado. El programa educativo incluye seis sesiones educativas grupales, una intervención educativa telefónica y asesoría mensual. El objetivo general del programa es ofrecer a los asegurados acceso a servicios de educación nutricional mediante un dietista-nutricionista. Este les orientará en cuanto al auto-manejo de la obesidad mediante modificaciones en su dieta y sus hábitos y la promoción de actividad física.</p> <p>Programa de Control de Peso – Este programa de promoción de la salud provee a los asegurados educación sobre el control de peso. También se enfoca en la obesidad infantil.</p> <p>Programa de Vivir Saludable para Diabéticos – El programa está diseñado para proporcionar un conjunto de estrategias comunes para la atención clínica y el cuidado de la diabetes. Hemos establecido un protocolo de visitas médicas, orientación nutricional, educación de salud y laboratorios clínicos para garantizar que la atención clínica se ofrezca según se establece en las directrices, . Se espera que el asegurado, con el apoyo de las estrategias de educación, atención clínica recibida y las habilidades que desarrolle para cuidar de sí mismo, reduzca significativamente las complicaciones de la diabetes y logre controlar la condición.</p> <p>Para más información:</p> <p>Llame al Departamento de Educación y Manejo de Enfermedades de Triple-S Salud, al (787)-749-4949, extensión (832-2042)</p>	Nada

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

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".
- Los servicios listados a continuación corresponden a los cargos que factura un médico u otros profesionales del cuidado de la salud por sus servicios quirúrgicos. Vea la Sección 5(c) para conocer los cargos de las instalaciones (p. ej., hospitales, centros quirúrgicos, etc.)
- **USTED O SU PROVEEDOR DEL PLAN DEBEN OBTENER PRECERTIFICACIÓN PARA CIERTOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.** Vea la información sobre precertificación en la Sección 3 para corroborar cuáles servicios y cirugías requieren precertificación.
- Si utiliza un proveedor fuera del plan pero que se encuentre en de nuestra área de servicios, usted pagará por los servicios recibidos y el plan le reembolsará 90% de la tarifa establecida por el plan, luego de cualquier copago o coseguro aplicable. Por favor, refiérase a la Sección 1, bajo "¿Quién provee mi cuidado de salud?", para conocer más sobre los servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Procedimientos quirúrgicos	Opción Ampliada
<p>Una amplia gama de servicios, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos quirúrgicos • Tratamiento de fracturas, incluido el enyesado • Cuidado habitual pre y post-operatorio por parte del cirujano • Corrección de ambliopía y estrabismo • Procedimientos endoscópicos • Procedimientos de biopsia • Extirpación de tumores y quistes • Corrección de anomalías congénitas (vea Cirugía reconstructiva) • Asistentes quirúrgicos • Procedimiento de litotricia • Esterilización voluntaria (p. ej., ligadura de las trompas, vasectomía) • Tratamiento de quemaduras • Implantación de aparatos prostéticos internos Vea 5(a), "Dispositivos ortopédicos y prostéticos", para obtener información sobre la cubierta de dispositivos. <p>Nota: Por lo general, pagamos por prótesis internas (aparatos) según el lugar donde se realice el procedimiento. Por ejemplo, pagamos Beneficios de hospital por un marcapasos y Beneficios quirúrgicos por la implantación del marcapasos.</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Vea la Sección 5(c), "Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia", para conocer el copago para centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Nota: Si el servicio lo presta un proveedor del plan, el asegurado no pagará nada por la implantación de prótesis internas. Si obtiene servicios fuera de la red, deberá pagar la reclamación del proveedor y solicitarnos el reembolso. Le reembolsaremos 90% de nuestras tarifas establecidas.</p>

Procedimientos quirúrgicos - continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p>Procedimientos quirúrgicos (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos quirúrgicos por obesidad mórbida (cirugía bariátrica) – una condición en donde la persona pesa más de 100 libras o 100% sobre su peso normal según los parámetros vigentes del seguro. La cirugía bariátrica requiere preautorización (refiérase a la Sección 3) y el asegurado elegible debe ser mayor de 18 años de edad. Este plan utiliza los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 40Kg/m², o mayor de 35Kg/m² en conjunto con comorbilidades graves como complicaciones cardiopulmonares, diabetes severa o apnea obstructiva del sueño - El IMC se calcula usando la siguiente fórmula: $\text{Peso (kg)} \div \text{estatura (m}^2\text{)} = \text{IMC}$ 	<p>Opción Ampliada</p> <p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Vea la sección 5(c), "Servicios ambulatorios en el hospital o centro de cirugía ambulatoria", para conocer los copagos.</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reversión de esterilización voluntaria • Tratamiento rutinario para enfermedades del pie (vea Cuidado del Pie) 	<p>Todos los cargos</p>
<p>Cirugía reconstructiva</p> <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 ha tenido un gran impacto en la apariencia del asegurado y - existe expectativa razonable de que la cirugía pueda corregir la condición • Cirugía para corregir una condición que existía al momento de o a partir de su nacimiento y que es una desviación considerable de la forma o normativa común. Ejemplos de anomalías congénitas son: protuberancias en la oreja, labio leporino, paladar hendido, marcas de nacimiento y dedos palmeados en las manos o los pies. • Todas las etapas de cirugía de reconstrucción del seno luego 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 del seno, sostenes prostéticos y reemplazos (vea Aparatos prostéticos) <p>Nota: Si necesita una mastectomía, puede escoger que se le haga el procedimiento como paciente hospitalizado y permanecer allí hasta 48 horas luego del procedimiento.</p>	<p>Opción Ampliada</p> <p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Vea la sección 5(c), "Servicios ambulatorios en el hospital o centro de cirugía ambulatoria", para conocer los copagos.</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética – cualquier procedimiento (o porción de procedimiento) quirúrgico realizado principalmente para mejorar la apariencia física mediante un cambio en la forma del cuerpo, excepto para reparar lesiones accidentales. • Cirugías relacionadas con cambio de sexo 	<p>Todos los cargos</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cirugía oral y maxilofacial	Opción Ampliada
<p>Procedimientos quirúrgicos orales, realizados solo cuando son médicamente necesarios, limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de fracturas en la quijada o los huesos faciales; • Corrección quirúrgica de labio leporino, paladar hendido o maloclusión funcional severa; • Extracción de cálculos de los conductos salivales; • Escisión de leucoplasia o neoplasias malignas; • Escisión de quistes e incisión de abscesos, si se realizan como procedimientos independientes; y • Cualquier otro procedimiento quirúrgico que no involucre los dientes o sus estructuras de soporte. 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p> <p>Nota: Vea la Sección 5(c), "Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia", para conocer el copago para centros de cirugía ambulatoria.</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantes y trasplantes orales • Procedimientos que involucran los dientes o sus estructuras de soporte (como la membrana periodontal, la encía y el hueso alveolar) 	<p>Todos los cargos</p>
Trasplantes de órganos y tejidos	Opción Ampliada
<p>Los siguientes trasplantes de órganos sólidos están sujetos a que el plan los evalúe para determinar su necesidad médica o revisión experimental / investigativa. Refiérase a "Servicios que requieren nuestra preautorización" en la Sección 3 para conocer el proceso de precertificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplante autólogo de islotes pancreáticos (como complemento a una pancreatometría 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 solamente - Intestino delgado con hígado - Intestino delgado con varios órganos, tales como hígado, estómago y páncreas • Riñón • Riñón-páncreas • Hígado • Pulmón: sencillo o bilateral • Páncreas 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>

Trasplantes de órganos y tejidos (cont.)	Opción Ampliada
<p>Estos trasplantes en tándem de sangre o médula ósea para trasplantes cubiertos están sujetos a la evaluación del plan para determinar su necesidad médica. Refiérase a "Servicios que requieren nuestra preautorización" en la Sección 3 para conocer el proceso de precertificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes autólogos en tándem para <ul style="list-style-type: none"> - Amiloidosis AL - Mieloma múltiple (de novo y tratado) <p>Tumores recurrentes de células germinales (incluye cáncer testicular)</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos y tejidos (cont.) <ul style="list-style-type: none"> - Sarcoma de Ewing - Meduloblastoma - Mieloma múltiple - Neuroblastoma - Pineoblastoma - Tumores de células germinales testiculares, mediastínicas, retroperitoneales y ováricas. 	<p style="text-align: center;">Opción Ampliada</p> <p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>
<p>Los mini trasplantes realizados dentro de un contexto de investigación clínica (no mieloblástico, acondicionamiento de intensidad reducida o AIR), para asegurados que padezcan alguno de los siguientes diagnósticos, están sujetos a que el plan reconsidere su necesidad médica.</p> <p>Refiérase a "Servicios que requieren nuestra preautorización" en la Sección 3 para conocer el proceso de precertificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes alogénicos para <ul style="list-style-type: none"> - Leucemia linfocítica o no linfocítica aguda (i.e., mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) - Linfoma no Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) - Leucemia mieloide aguda - Trastornos mieloproliferativos avanzados (MPD) - Amiloidosis - Leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (CLL/SLL) - Hemoglobinopatía - Insuficiencia medular y trastornos relacionados (i.e., de Fanconi, HPN, aplasia pura de glóbulos rojos) - Mielodisplasia/síndromes mielodisplásicos - Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) - Inmunodeficiencia combinada grave - Anemia aplásica severa o muy severa • Trasplantes autólogos para: <ul style="list-style-type: none"> - Leucemia linfocítica o no linfocítica aguda (i.e., mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) - Linfoma no Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) - Amiloidosis - Neuroblastoma 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>
<p>Estos trasplantes de sangre o médula ósea solo estarán cubiertos para investigaciones clínicas aprobadas en el Instituto Nacional de Cáncer o los Institutos Nacionales de Salud, o realizados en los centros de excelencia designados por el plan; y si además lo aprueba el director médico del plan según los protocolos del mismo.</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>

Trasplante de órgano/tejido - continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos y tejidos (cont.)	Opción Ampliada
<p>Si usted participa en un estudio de investigación clínica, el plan proporcionará los beneficios de cuidado rutinario relacionado médicamente necesarios (tales como visitas médicas, 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, si participa en un estudio de investigación clínica, contacte al plan para discutir los servicios específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasplantes alogénicos para <ul style="list-style-type: none"> - Etapa inicial (asintomática o no avanzada) de linfoma linfocítico pequeño - Mieloma múltiple, hasta 65 años de edad • Mini-trasplantes (no mieloablato alogénico, acondicionamiento de intensidad reducida –AIR) para <ul style="list-style-type: none"> - Leucemia linfocítica o no linfocítica aguda (i.e., mielógena), hasta 60 años de edad - Linfoma de Hodgkin avanzado - Linfoma no Hodgkin avanzado - Leucemia linfocítica crónica - Leucemia mielógena crónica - Etapa inicial (asintomática o no avanzada) de linfoma linfocítico pequeño - Mieloma múltiple, hasta 65 años de edad - Anemia falciforme (<i>sickle cell</i>) • Trasplantes autólogos para: <ul style="list-style-type: none"> - Cáncer renal infantil avanzado - Sarcoma de Ewing agudo - Cáncer del seno - Rabdomiosarcoma infantil - Etapa inicial (asintomática o no avanzada) de linfoma linfocítico pequeño - Cáncer epitelial de ovario - Linfoma de células de manto (no Hodgkin) 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>
<p>Nota: Para todo trasplante cubierto de órganos/tejido, si el receptor está cubierto, también cubriremos los gastos médicos y hospitalarios del donante. Cubriremos las pruebas del donante de órganos sólidos en cuestión, o hasta cuatro donantes para trasplante de médula ósea/células madre, además de las pruebas a los familiares.</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>
<p>Programa Nacional de Trasplantes (NTP, por sus siglas en inglés)</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>

Trasplante de órgano/tejido - continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos y tejidos (cont.)	Opción Ampliada
No se cubren: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de búsqueda y selección de donantes, excepto como se indica anteriormente • Implantes de órganos artificiales • Donantes vivos para trasplante de intestino en adultos y niños • Trasplantes no listados como cubiertos • Transportación, comidas y gastos de estadía 	Todos los cargos
Anestesia	Opción Ampliada
Servicios profesionales provistos en: <ul style="list-style-type: none"> • Hospital (paciente hospitalizado) • Departamento ambulatorio de hospital • Centro de enfermería especializada • Centro de cirugía ambulatoria • Oficina 	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos
No se cubren: <ul style="list-style-type: none"> • Anestesia para cirugías y procedimientos no cubiertos 	Todos los cargos

Sección 5(c). Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios.
- Para maximizar sus beneficios, deben ser médicos del plan quienes le brinden o coordinen su cuidado, y usted debe estar hospitalizado en una instalación participante del plan.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".
- Las cantidades que aparecen a continuación son por los cargos facturados por instalaciones (p. ej., hospitales o centros quirúrgicos), o servicios de ambulancia para su cirugía o cuidado. Todos los costos asociados con cargos profesionales (p. ej. médicos, etc.) se encuentran en la sección 5(a) o (b).
- Vea la Sección 3 para más información sobre la "Red de hospitales de cuidado coordinado" disponible para usted.
- Si utiliza un proveedor fuera del plan pero que se encuentre en de nuestra área de servicios, usted pagará por los servicios recibidos y el plan le reembolsará 90% de la tarifa establecida por el plan, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable. Por favor, refiérase a la Sección 1, bajo "¿Quién provee mi cuidado de salud?", para conocer más sobre los servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Hospitalizaciones	Opción Ampliada
<p>Alojamiento y comida, tal como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acomodo en sala, cuarto semiprivado o cuidado intensivo • Cuidado general de enfermería • Comidas y dietas especiales <p>NOTA: La "Red de hospitales de cuidado coordinado" está disponible como parte de sus servicios de asistencia personalizada, para su conveniencia. Vea la Sección 3 para información sobre los servicios disponibles para usted.</p> <p>NOTA: Si usted escoge una habitación privada aunque no sea médicamente necesaria, deberá pagar la cantidad en exceso de la tarifa por una habitación semiprivada.</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre los cargos permitidos y la cantidad facturada</p>
<p>Otros servicios hospitalarios y suplidos, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salas de operaciones, recuperación, maternidad y tratamiento • Medicamentos recetados • Pruebas diagnósticas de laboratorio y rayos X • Administración de sangre y sus derivados • Sangre o plasma sanguíneo, si no ha sido donada o reemplazada • Vendajes, férulas, yesos y servicios de bandejas estériles • Suplidos y equipo médico, incluido el oxígeno 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre los cargos permitidos y la cantidad facturada</p>

Hospitalizaciones - continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Hospitalizaciones (cont.)	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> • Anestésicos, incluidos los servicios de enfermera anestesista • Suplidos médicos, aparatos, equipo médico y cualquier otro artículo cubierto facturado por un hospital para uso en el hogar 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre los cargos permitidos y la cantidad facturada</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de custodia, descanso, cuidado domiciliario o de convalecencia • Instalaciones no cubiertas, tales como hogares geriátricos, escuelas • Artículos para su comodidad personal, tal como teléfono, televisión, servicio de barbería, comidas y camas para visitantes • Servicios de enfermería privada • Hospitalizaciones para cirugías y procedimientos no cubiertos 	<p>Todos los cargos</p>
Servicios ambulatorios en el hospital o centro de cirugía ambulatoria	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> • Salas de operaciones, recuperación y otros tratamientos • Medicamentos recetados • Servicios de patología • Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos biológicos • Sangre o plasma sanguíneo, si no ha sido donada o reemplazada • Vendajes, yesos y servicios de bandejas estériles • Suplidos médicos, incluye oxígeno • Anestésicos y servicios de anestesia <p>NOTA: Nosotros cubrimos los servicios y suplidos de hospital relacionados con procedimientos dentales si son necesarios debido a un impedimento físico no dental. No cubrimos los procedimientos dentales.</p>	<p>En la red: \$25 de copago por la instalación al realizarse una cirugía ambulatoria</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas pre quirúrgicas 	<p>En la red: Nada por rayos-X, \$1.00 por prueba de laboratorio; 20% para polisomnografía, amniocentesis genética, pruebas vasculares y cardiovasculares no invasivas, incluidos el electrocardiograma y el EEG.</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cargos que usted incurra por servicios ambulatorios en un hospital o facilidad, por cirugías o procedimientos no cubiertos 	<p>Todos los cargos</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Beneficios de cuidado extendido/centro de enfermería especializada.	Opción Ampliada
<p>Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Atención médica ilimitada y adecuada, incluso cama, alojamiento y cuidado de enfermería general; medicamentos, productos biológicos, suplidos y equipos usualmente provistos o coordinados por el centro de enfermería especializada, al ser recetados por un proveedor del plan. Usted o su proveedor del plan deben obtener una precertificación de su plan antes de ser internado en un centro de enfermería especializada, según se indica en las páginas 21-22.</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de custodia, descanso, cuidado domiciliario o de convalecencia 	<p>Todos los cargos</p>
Cuidado de hospicio	Opción Ampliada
<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, cubiertos 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, así atendiendo todas las necesidades emocionales y espirituales del asegurado y su familia. La duración de los servicios de hospicio cubiertos no debe exceder 120 días.</p>	<p>En la red: Nada, cubierto a través de Manejo de Caso</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de enfermería independiente • Servicios domésticos 	<p>Todos los cargos</p>
Ambulancia	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios locales de ambulancias profesionales, si son médicamente necesarios 	<p>Nada</p> <p>Nota: Usted debe presentar la reclamación del proveedor y solicitar nuestro reembolso.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ambulancia aérea dentro del área de servicio (Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE. UU.) 	<p>Nada, hasta \$50,000 por incidente.</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de ambulancia aérea fuera de Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE. UU.. 	<p>Todos los cargos</p>

Sección 5(d). Accidentes / servicios de emergencia

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".

¿Qué es una emergencia médica?

Una emergencia médica es el comienzo súbito e inesperado de una condición o lesión que usted entiende que pone su vida en peligro o podría resultar en una discapacidad o lesión grave, y que requiere cuidado inmediato médico o quirúrgico. Algunas condiciones son emergencias ya que, si no se tratan de inmediato, podrían agravarse. Esto incluye, por ejemplo, heridas profundas y huesos fracturados. Otras condiciones son emergencias porque potencialmente son una amenaza a la vida, tal como ataques al corazón, derrames cerebrales, envenenamientos, heridas de bala o incapacidad repentina para respirar. Hay muchas otras condiciones agudas que podríamos determinar que son emergencias médicas. Todas tienen en común su 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, para ofrecerle asesoría médica sobre su condición. Llame al **800-255-4375**. También puede optar por llamar a su médico generalista.

Usted puede visitar las salas de urgencia de la red si tiene una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave para razonablemente requerir atención médica inmediata, pero no tan grave que requiera visitar una sala de emergencias. Las salas de urgencia por lo general están disponibles fuera de horas laborales, incluso noches y fines de semana.

En emergencias extremas, si presenta síntomas de gravedad suficiente, inclusive dolor intenso, contacte al servicio local de emergencias (p. ej., el sistema telefónico 911) o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si llama al número libre de cargos antes mencionado y recibe una recomendación o número de registro, no tendrá que pagar los \$25 de copago, el copago de \$25 se elimina y usted solo paga \$10 de copago. 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 local de emergencias (p. ej., el sistema 911) o ir a la sala de emergencias del hospital más cercano. Los beneficios están disponibles para cualquier servicio de salud que sea médicamente necesario y se requiera de inmediato debido a una lesión o enfermedad súbita, a través de los proveedores de plan Blue Cross and Blue Shield. Si se utiliza un proveedor no participante en el plan, este plan pagará 90% de los cargos usuales, acostumbrados y razonables para el área donde se prestaron los servicios de emergencia, después de cualquier deducible o coaseguro aplicable. Usted paga el resto de los cargos.

- Con su autorización, este plan pagará beneficios directamente a proveedores no participantes por servicios de emergencia, al recibir su reclamación. Las reclamaciones de médicos no participantes deberán presentarse usando el formulario CMS 1500. Si se le requiere que pague por los servicios, envíe a este plan las facturas detalladas y sus recibos, con una explicación de los servicios y la información de su tarjeta de identificación.
- El pago se le enviará a usted (o al proveedor, si usted no pagó la factura), a menos que la reclamación sea denegada. Si la reclamación es denegada, recibirá un aviso sobre la decisión e incluiremos la razón de la denegación y las disposiciones del contrato que sirvieron de fundamento para tal denegación. Si no está de acuerdo con la decisión del plan, puede solicitar una reconsideración de acuerdo con el procedimiento para las disputas de reclamaciones que se describe en las páginas 79 a 81.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Emergencia dentro de nuestra área de servicio	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de emergencia en una oficina médica 	Copago de \$7.50
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de emergencia en una sala de emergencia de hospital 	\$25; si recomendamos la visita, \$10
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de emergencia en una sala de urgencia 	<p>En la red: Copago de \$10</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre los cargos permitidos y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de emergencia al estar hospitalizado, incluye servicios médicos 	Nada
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidados opcionales o no urgentes 	Todos los cargos
Emergencia fuera de nuestra área de servicio	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de emergencia en una oficina médica Cuidado de emergencia en una sala de urgencia Cuidado de emergencia como paciente ambulatorio o internado en hospital, incluye servicios médicos <p>Nota: Vea la Sección 5(h), "Bienestar y otros beneficios especiales", para información sobre el Programa BlueCard.</p>	<p>10% de nuestra aportación</p> <p>Nota: Cuando utilice proveedores no participantes, deber presentar la reclamación del proveedor y solicitar a este plan el reembolso. El plan le reembolsará 90% del cargo usual, acostumbrado y razonable en el área donde se brindaron los servicios de emergencia, o de acuerdo con las tarifas de proveedores no participantes del plan local de Blue Cross Blue Shield, después de cualquier copago o coaseguro aplicable. Cuando utilice proveedores participantes, el plan pagará a los proveedores 90% del cargo usual, acostumbrado y razonable en el área donde se brindaron los servicios de emergencia o de acuerdo con las tarifas del plan local del Blue Cross Blue Shield, después de cualquier copago o coaseguro aplicable.</p>
Ambulancia	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> Servicios locales de ambulancias profesionales, si son médicamente necesarios <p>Nota: Vea la Sección 5(c), Servicios provistos por un hospital u otra instalación y servicios de ambulancia para servicios no urgentes.</p>	<p>Nada</p> <p>Nota: Usted debe presentar la reclamación del proveedor y solicitar nuestro reembolso.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de ambulancia aérea dentro del área de servicio (Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE. UU.) 	Nada, hasta \$50,000 por incidente
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicio de ambulancia aérea fuera del área de servicio 	Todos los cargos

Sección 5(e). Beneficios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".
- **Usted o su proveedor de salud mental debe llamar al 1-800-660-4896 para coordinar los servicios para su plan de tratamiento.** Este número libre de costo está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para ayudarle a obtener cuidado de salud mental o por abuso de sustancias.
- Si utiliza un proveedor fuera del plan pero que se encuentre en de nuestra área de servicios, usted pagará por los servicios recibidos y el plan le reembolsará 90% de la tarifa establecida por el plan, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable. Por favor, refiérase a la Sección 1, bajo "¿Quién provee mi cuidado de salud?", para conocer más sobre los servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Servicios Profesionales	Opción Ampliada
<p>Si es parte de un plan de tratamiento aprobado por nosotros, cubrimos los servicios de un profesional de salud mental y trastorno por abuso de sustancias cuando ejerce dentro del ámbito de su licencia, tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos, consejeros profesionales licenciados o terapeutas conyugales y familiares.</p> <p>Nota: Para coordinar sus servicios y asegurar que esté recibiendo el cuidado apropiado, usted o su proveedor del plan debe notificarnos al inicio de su cuidado ambulatorio. Usted o su médico participante debe llamar al 800-660-4896 para registrarse y obtener ayuda.</p>	<p>En la red: Sus costos compartidos no serán mayores que con otras enfermedades o condiciones.</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más 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 en crisis y estabilización de episodios agudos • Evaluación y manejo de medicamentos (farmacoterapia) • Pruebas psicológicas y neuropsicológicas necesarias para determinar el tratamiento psiquiátrico apropiado • Tratamiento y consejería (incluye visitas para terapia individual o grupal) • Diagnóstico y tratamiento de alcoholismo y uso de sustancias controladas, que incluye desintoxicación, tratamiento y consejería • Cargos profesionales por tratamiento ambulatorio intensivo en la oficina del proveedor u otro entorno profesional • Terapia electroconvulsiva 	<p>En la red: \$7.50 por visita al consultorio y/o terapia</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Visita médica a paciente hospitalizado	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
--	--

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Diagnósticos	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas diagnósticas ambulatorias provistas y facturadas por un profesional licenciado en el tratamiento de trastornos de salud mental y abuso de sustancias • Pruebas diagnósticas provistas y facturadas por un laboratorio, hospital u otra instalación cubierta 	<p>En la red: Nada por rayos X y \$1.00 por prueba de laboratorio; 20% para ciertas pruebas diagnósticas. Vea "Laboratorios, Rayos X y otros estudios diagnósticos" (Sección 5a).</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas psicológicas, si las realiza un psicólogo cualificado 	<p>El plan le reembolsa hasta las tarifas establecidas. Usted paga cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.</p>
Hospitalización u otra instalación cubierta	Opción Ampliada
<p>Servicios para pacientes hospitalizados provistos y facturados por un hospital u otra instalación cubierta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento y comidas, tal como alojamiento en cuarto semiprivado o en intensivo, cuidado general de enfermería, comidas y dietas especiales y otros servicios hospitalarios <p>Nota: Vea "Factores importantes a considerar sobre estos beneficios", al comienzo de esta sección.</p>	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
Hospitalario ambulatorio u otra instalación cubierta	Opción Ampliada
<p>Servicios ambulatorios provistos y facturados por un hospital u otra instalación cubierta</p> <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 tratamiento intensivo ambulatorio en un centro de salud 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
No cubierto	Opción Ampliada
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios no descritos en esta sección <p>Nota: La OPM utilizará la pertinencia clínica del plan de tratamiento para fundamentar su revisión de las disputas en torno a dichos planes. Por lo general, la OPM no nos ordenará que paguemos o proporcionemos un plan de tratamiento clínicamente apropiado a favor de otro.</p>	<p>Todos los cargos</p>

Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Cubrimos medicamentos recetados, como se describe en la tabla que comienza en la página 56.
- 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.
- El asegurado debe procurar que su médico obtenga aprobación previa / preautorización para ciertos suplidos y medicamentos recetados, antes que aplique la cubierta. Las aprobaciones previas o preautorizaciones deben renovarse periódicamente.
- La ley federal prohíbe que las farmacias acepten medicamentos sin usar.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".
- Si usa una farmacia no participante, el plan pagará 75% de la tarifa establecida por el plan para medicamentos recetados y usted pagará los cargos restantes.

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 Puede obtener sus recetas en farmacias dentro o fuera de la red. Nosotros pagamos un nivel de beneficios mayor si usa una farmacia dentro de la red.

Usamos una Lista de Medicamentos. Esta lista incluye los medicamentos que ya fueron evaluados por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica para determinar su eficacia, seguridad, costo-efectividad, lo cual garantiza la calidad terapéutica y minimiza el uso inadecuado que pueda afectar la salud del paciente. Por favor, lea la Lista de Medicamentos para más información sobre las descripciones de los niveles de beneficios, 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 recetados. No cubriremos gastos incurridos en medicamentos nuevos hasta que nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica evalúe y recomiende dicho medicamento. También se excluye cualquier medicamento nuevo que figure dentro de una clase terapéutica excluida.

Los beneficios se proveen para el asegurado y sus dependientes cubiertos, para medicamentos recetados por un médico o dentista, luego de haber pagado el copago aplicable.

Tenemos una Lista de Medicamentos. Si su médico entiende que es necesario usar el medicamento de marca o si el genérico no está disponible, su médico podrá recetarle uno de marca que figure en la Lista de Medicamentos. Esta lista de medicamentos de marca es una lista de medicamentos que hemos seleccionado para satisfacer las necesidades del paciente a un costo menor. Para ordenar la Lista de Medicamentos, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) 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) para manejar la cubierta de farmacia. Estas guías incluyen dosis, medicamentos genéricos y nuevas clasificaciones de medicamentos, entre otras.

Nosotros cubrimos medicamentos recetados no controlados despachados dentro de un período de doce meses (con 5 repeticiones) desde la fecha de la receta original emitida por el doctor, dentista o podiatra, sin exceder la cantidad normal para 30 días de abastecimiento. La red de farmacias no despachará recetas demasiado pronto después de haber despachado la última. Si este es el caso, la farmacia contactará al plan para obtener su autorización.

Algunos medicamentos requieren precertificación. La Lista de Medicamentos identifica los medicamentos que requieren precertificación con las iniciales **PA**. La farmacia también contactará al plan para obtener autorización para cambios en dosis si los cargos exceden \$750 por receta despachada. Algunos medicamentos solo se despacharán en farmacias especializadas (CVS Caremark Specialty Pharmacy, Walgreens Specialty Pharmacy y Best Option Pharmacy) para asegurar que estos medicamentos se receten y despachen adecuadamente. Para obtener una lista de estos medicamentos, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU..

Si piensa viajar y necesita obtener una repetición de medicamento por adelantado, deberá presentar la receta y su boleto de

viaje en la farmacia para permitirle contactar al plan y obtener su autorización.

Se despachará la versión genérica si está disponible. Si usted o su médico deciden usar un medicamento de marca, con instrucciones de “original” o “despache según escrito” en la receta, y existe una versión genérica con aprobación federal, deberá pagar la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico, ya que la versión de marca no es médicamente necesaria. Triple-S Salud pagará hasta el costo del medicamento genérico. Si no existe una versión genérica del medicamento, se despachará el medicamento de marca y deberá pagar el copago de medicamentos 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 tienen un precio menor y son equivalentes terapéuticos a los medicamentos de marca más costosos. Estos deben contener los mismos ingredientes activos y ser de una fuerza y dosis equivalentes al producto de marca original. La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos establece las normas de calidad para los medicamentos genéricos, para asegurar que estos medicamentos cumplen las mismas normas de calidad y fuerza que los medicamentos de marca.

Usted puede ahorrar al usar medicamentos genéricos ya que no paga nada. Usted y su médico del plan pueden solicitar que se despache un medicamento de marca aunque el medicamento genérico esté disponible, pero le costará más caro. Usar los medicamentos más costo-efectivos le ahorrará dinero.

Programa de Terapia Escalonada. En algunos casos, se le requiere que utilice primero un medicamento para su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B ambos tratan su condición, podríamos requerirle a su médico que recete primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos el medicamento B. Este programa requiere que se usen medicamentos sin receta (OTC) o genéricos antes de utilizar otros medicamentos para tratar su condición médica. La parte que requiere que primero se use OTC incluye inhibidores de la bomba de protones (PPI), antihistamínicos no sedantes y agentes para alergias oculares. La porción que requiere que primero se use el medicamento genérico incluye medicamentos para colesterol (estatinas), osteoporosis (bifosfonatos orales), alergias (corticosteroides nasales), bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARB) para la hipertensión, hipnóticos, manejo del dolor, déficit de atención con hiperactividad (ADHD), asma, diabetes y antidepresivos.

Programa de Farmacia Especializada. Los productos especializados son aquellos utilizados para tratar condiciones crónicas y de alto riesgo, tales como cáncer, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, hemofilia y hepatitis C, entre otras. Estos requieren administración y/o manejo especial debido a su composición compleja. Debe despachar todas sus recetas de medicamentos especializados en nuestras farmacias especializadas: CVS Caremark Specialty Pharmacy, Walgreens Specialty Pharmacy o Best Option Pharmacy. Al seleccionar su farmacia preferida, usted recibirá una evaluación del personal especializado en el manejo de condiciones crónicas para poder identificar sus necesidades particulares y contestar cualquier pregunta que tenga sobre su medicamento. Además podrá coordinar la entrega de sus medicamentos al lugar de su elección y consultar con el personal de farmacia, y tendrá la opción de ordenar repeticiones o verificar su estatus a través de una página web dedicada a los participantes del programa. El personal de farmacia 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 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU..

Programa de envío de medicamentos por correo de Triple-S Usted puede obtener ciertos medicamentos de mantenimiento por correo, desde la comodidad de su hogar, y hasta 90 días de abastecimiento. Para comenzar a utilizar el servicio del Programa de envío de medicamentos por correo, vaya a la página web www.alliancerxwp.com/home-delivery, ingrese sus medicamentos recetados y siga las instrucciones en la página de confirmación de registro para enviar sus recetas. Para registrarse y usar el servicio de este programa por primera vez, su médico debe escribirle dos recetas:

- Una receta para un período de 30 días a ser despachada inmediatamente en cualquier farmacia participante.
- Una receta para un abastecimiento de 90 días, y que incluya una (1) repetición. Esta receta es la que será despachada por el Programa de envío de medicamentos por correo.

También puede ordenar sus medicamentos recetados por teléfono; 800-345-1985, 800-778-5427 (TTY 877-220-6173 en español), por fax: 800-332-9581, o por correo regular a: PO Box 29061 Phoenix, AZ 85038-9061. Nuestros horarios de operación son 24 horas/ 7 días a la semana.

Servicio de abastecimiento para 90 días. Este programa voluntario le permite obtener abastecimientos de 90 días para ciertos medicamentos de mantenimiento en farmacias comerciales que participen en el programa. Para más información, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 866-215-1999) si llama desde Islas Vírgenes de EE. UU..

Cuándo debe presentar una reclamación. Usted debe presentar una reclamación cada vez que usa una farmacia fuera de la red. El plan reembolsa 75% de las tarifas establecidas para medicamentos recetados, y usted pagará los cargos restantes. Debe presentarnos una factura detallada y/o los recibos. Para conocer qué información se requiere, vea la Sección 7, "Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos".

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<p>Medicamentos y suplidos cubiertos</p> <p>Cubriremos los medicamentos recetados basándonos en una Lista de Medicamentos. Cubrimos los siguientes medicamentos y suplidos ordenados por un médico o dentista del plan y obtenidos en una farmacia participante en el plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos y medicamentos que, según la ley federal de Estados Unidos, deben ser recetados por un médico para poder comprarlos, excepto aquellos listados como No cubiertos. • Insulina • Los suplidos para diabéticos están limitados a: <ul style="list-style-type: none"> - Agujas desechables y jeringuillas para la administración de medicamentos cubiertos • Medicamentos para la disfunción sexual - limitado a seis (6) pastillas por mes para hombres mayores de 18 años de edad. • Vitaminas, únicamente si incluyen la leyenda: “La ley Federal prohíbe el despacho sin receta”, incluidas las vitaminas prenatales. <p>Nota: Líquidos y medicamentos intravenosos para uso en el hogar, medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables están cubiertos bajo el Beneficio Médico-Quirúrgico (también están cubiertos bajo el Beneficio Médico-Quirúrgico al ofrecerse como parte de un programa de servicios de salud en el hogar).</p>	<p>Opción Ampliada</p> <p>Usted pagará los siguientes copagos por medicamentos en la Lista de Medicamentos obtenidos en una farmacia 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
<p>Exención de copago para medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agentes antihipertensivos <ul style="list-style-type: none"> - Solo incluye inhibidores ACE, bloqueadores del receptor de angiotensina (BRA) e inhibidores directos de renina • Antidiabéticos orales <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos cubiertos antidiabéticos por vía oral, excepto inyectables • Antihiperlipidémicos <ul style="list-style-type: none"> - Solo incluye estatinas • Naloxone 	<p>En la red: Nada</p> <p>Nota: Aplica solo a 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 sin receta aprobados por la FDA y el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud requieren una orden médica por escrito emitida por un proveedor autorizado. Por favor consulte el formulario de farmacia para ver la lista completa.</p>	<p>En la red: Nada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (recetados y OTC), incluye parchos de nicotina 	<p>En la red: Nada</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suplidos cubiertos	Opción Ampliada
<p>Medicamentos de cuidado preventivo para promover una mejor salud, según recomendado por la ACA.</p> <p>Los siguientes medicamentos y suplementos están cubiertos sin costo compartido, aunque se vendan sin receta, si son recetados por un profesional de la salud y despachados en una farmacia de la red.</p>	En la red: Nada
<ul style="list-style-type: none"> • Aspirina (81 mg) para adultos de 50 a 75 años de edad 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 de hierro para niños de 4 meses a 21 años de edad con riesgo de anemia • Flúor en tabletas o solución (no pastas de dientes ni enjuagues bucales) para niños entre 0 y 5 años de edad • Medicamentos preventivos de cáncer del seno, como Tamoxifen o Raloxifene • Medicamentos preventivos con estatinas para adultos de 40 a 75 años de edad sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares, uno o más factores de riesgo para dichas enfermedades y riesgo de sufrir un evento cardiovascular de 10% o más, calculado a 10 años <p>Nota: Para recibir este beneficio, se debe presentar una receta médica en la farmacia.</p>	En la red: Nada

Medicamentos y suplidos cubiertos – continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suplidos cubiertos (cont.)	Opción Ampliada
<p>Programa de envío de medicamentos por correo y abastecimiento extendido a 90 días</p> <p>Estos programas tienen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abastecimiento para 90 días, incluye una (1) repetición • No todos los medicamentos están sujetos a este programa. <p>Nota: Los medicamentos Nivel 4 y Nivel 5 no están disponibles para el Programa de envío de medicamentos por correo / abastecimiento extendido a 90 días porque los medicamentos especializados/biotecnológicos solo se despachan en farmacias especializadas.</p>	<p>Usted pagará los siguientes copagos por medicamentos en la Lista de Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: Medicamentos genéricos, \$4 por unidad o repetición • Nivel 2: Medicamento de marca preferido, \$40 por unidad o repetición • 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>Nota: Usted no pagará cargos de envío</p>
<p>No se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos y suplidos para propósitos cosméticos • Vitaminas, nutrientes y suplementos alimenticios no listados como beneficios cubiertos, aunque un médico los recete o administre. • Medicamentos disponibles sin receta o para los cuales existe un equivalente sin receta (Excepto: Prilosec OTC 20 mg, Nexium, Claritin y sus genéricos; y Zaditor y sus genéricos que están cubiertos con cero copago; si los receta un médico) • Suplidos médicos, tales como vendajes, antisépticos, lancetas y tirillas • Medicamentos provistos por farmacias fuera de Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE.UU., Estados Unidos y sus territorios, excepto para emergencias • Medicamentos para el tratamiento de infertilidad • Medicamentos para mejorar el desempeño atlético 	<p>Todos los cargos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que son experimentales o que están bajo investigación, a menos que no hayan sido aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Medicamentos para el control de la obesidad y relacionados que se usen en su tratamiento (excepto medicamentos cubiertos para tratar la obesidad mórbida) • Terapias hormonales para condiciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) 	<p>Todos los cargos</p>

Medicamentos y suplidos cubiertos – continúa en la próxima página

Sección 5(g). Beneficios dentales

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y se pagan solo si determinamos que son médicamente necesarios.
- Si usted está suscrito en un plan dental del Programa de Seguro de Visión y Cuidado Dental para Empleados Federales (FEDVIP), su plan FEHB será el pagador primario para cualquier beneficio y su plan FEDVIP será secundario al plan FEHB. Vea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con otras cubiertas".
- Cubrimos hospitalizaciones para procedimientos dentales solo si existe una condición física no dental que haga necesaria la hospitalización para proteger la salud del paciente. Vea la Sección 5(c) para beneficios de hospitalización. No cubrimos procedimientos dentales, excepto los descritos a continuación.
- Si utiliza los servicios de un dentista fuera del plan, deberá pagar por los servicios recibidos y el plan reembolsará 90% de la tarifa establecida, luego de descontar cualquier copago o coaseguro aplicable si los servicios se recibieron dentro del área de servicio; o las tarifas establecidas por el plan si los servicios se recibieron fuera del área de servicio, luego de descontar cualquier copago o coaseguro aplicable. Usted paga el resto de los cargos. En Islas Vírgenes de EE. UU., el dentista presentará la reclamación directamente a nosotros y le pagaremos hasta las tarifas establecidas por el plan para Islas Vírgenes de EE.UU.
- Por dentista del plan se entiende un dentista debidamente autorizado con licencia regular emitida por la entidad designada del gobierno de Puerto Rico, que sea miembro activo del Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico y haya firmado un contrato con Triple-S Salud para prestar servicios dentales; o con licencia expedida por el Departamento de Salud de las Islas Vírgenes de EE.UU. y que ha firmado un contrato con Blue Cross Blue Shield para prestar servicios dentales. Por dentista no participante se entiende un dentista debidamente autorizado con licencia regular que no haya firmado contrato con Triple-S Salud o 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 obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Beneficios dentales	Opción Ampliada
<p>Beneficio para lesiones accidentales</p> <p>Cubrimos los servicios de restauración y los suplidos necesarios para reparar (pero no reemplazar) dientes naturales sanos, dentro de un período de seis meses. La necesidad de estos servicios debe haber resultado de una lesión accidental. Una lesión causada al masticar no se considera una lesión accidental.</p>	<p>En la red: 25%</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Beneficios dentales (cont.)	Opción Ampliada
<p>La cubierta dental está limitada a:</p> <p>Diagnósticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación oral periódica (D0120) • Evaluación oral limitada (D0140) • Evaluación oral completa (D0150) • Radiografías periapicales y de mordida, limitado a seis radiografías periapicales y no más de dos radiografías de mordida por año calendario (D0220, D0230, D0270, D0272) • Limpieza dental preventiva, adultos y niños, límite de una cada seis meses (D1110, D1120) • Tratamiento de flúor, uno cada seis meses para menores de 19 años de edad (D1208) 	<p>En la red: Nada</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de flúor, uno cada seis meses para asegurados mayores de 19 años de edad (D1208) • Radiografías panorámicas, hasta 1 grupo cada 3 años (D0330) 	<p>En la red: 30%</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Restauraciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones en amalgama (D2140-2161) • Plástico, porcelana o resina, en dientes anteriores y posteriores (D2330-2335, D2391, D2392-D2394) • Otros servicios de restauración, un anclaje por diente, además de las restauraciones (D2951) • Relleno sedante (D2940) 	<p>En la red: 30%</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Servicios generales auxiliares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de medicamentos desensibilizantes (D9910) • Tratamiento por complicaciones, post cirugía, circunstancias inusuales, por informe (D9930) 	<p>En la red: 30%</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>
<p>Endodoncia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recubrimiento pulpar directo, excluye restauración final (D3110) • Recubrimiento pulpar indirecto, excluye restauración final (D3120) • Desbridamiento pulpar en dientes primarios y permanentes en casos de emergencia (D3221) 	<p>En la red: 30%</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier 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 rotos (D7210) • Extracción quirúrgica de restos radiculares (D7250) • Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intrabucal (D7510) • Extracción quirúrgica de dientes impactados (D7220-D7240) 	<p>En la red: 30%</p> <p>Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada</p>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Beneficios dentales (cont.)	Opción Ampliada
No se cubren: <ul style="list-style-type: none"> • Otros servicios dentales no mencionados como cubiertos. 	Todos los cargos

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 podríamos identificar alternativas médicamente adecuadas como una opción menos costosa que los beneficios bajo contrato regular. Si identificamos una alternativa menos costosa, le solicitaremos que firme un acuerdo de beneficios alternativos que incluirá los siguientes términos, en adición a otras disposiciones, según sean necesarias. Los beneficios regulares del contrato continuarán hasta que usted firme y devuelva el acuerdo. • Los beneficios alternativos estarán disponibles por un período de tiempo limitado y estarán sujetos a nuestra evaluación constante. Usted debe cooperar con el proceso de evaluación. • Nuestra aprobación de un beneficio alternativo no garantiza que el mismo esté disponible para usted en el futuro. • La decisión de ofrecer un beneficio alternativo es únicamente nuestra y, salvo que se disponga expresamente en el acuerdo, podremos eliminarlo en cualquier momento y continuar con los beneficios regulares del contrato. • Si usted firma el acuerdo, proporcionaremos los beneficios alternativos acordados por el período de tiempo establecido (a menos que cambien las circunstancias). Usted puede solicitar una extensión del período de tiempo, pero los beneficios regulares continuarán de no aprobarse su solicitud. • Nuestra decisión de ofrecer o eliminar los beneficios alternativos no está sujeta a revisión por la OPM bajo el proceso reclamaciones en disputa. Sin embargo, si al tomar una decisión sobre los beneficios alternativos también decidimos que los beneficios regulares del contrato no se pagarán, usted podrá disputar nuestra decisión sobre los beneficios regulares del contrato bajo el proceso de disputa de reclamaciones de la OPM (Ver Sección 8).
Centro de llamadas disponible 24 horas al día, 7 días a la semana	<p>Teleconsulta ofrece a los asegurados acceso rápido al asesoramiento de enfermeras profesionales para ayudarles a decidir si deben acudir inmediatamente a una sala de emergencias, visitar o llamar a su médico o seguir las instrucciones de cuidado propio para sentirse mejor. Las enfermeras usan algoritmos científicamente comprobados y desarrollados por médicos de todas las especialidades para formular una recomendación para el asegurado. Llámenos al 800-255-4375, libre de costo. Con gusto le ayudaremos.</p>
Programa BlueCard®	<p>Triple-S Salud es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Al igual que en otros planes Blue Cross and Blue Shield, Triple-S Salud participa en un programa llamado BlueCard Program. Este programa es de beneficio para los asegurados que reciban servicios cubiertos precertificados o de emergencia fuera del área de servicio de Triple-S Salud, a través de proveedores del plan.</p> <p>Cuando los servicios se reciben fuera del área y las reclamaciones para dichos servicios se procesan a través del Programa BlueCard, la cantidad (coaseguro, copago o deducible) a pagar por estos servicios se determinará con base en los acuerdos como un estimado equivalente entre los planes Blue Cross o Blue Shield del área con sus proveedores participantes. La tarifa negociada podría ser un descuento a 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 de Blue Cross and Blue Shield Association. Si usted necesita servicios médicos o de hospitalización precertificados o de emergencia en cualquier estado fuera del área de servicio, podrá recibirlos a través de los proveedores de este Programa.</p> <p>Llame al 800-810-2583 o al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 866-215-1999) desde Islas Vírgenes de EE.UU. para obtener más información. Recuerde que usted es responsable de pagar los copagos y coaseguros aplicables relacionados con su</p>

	cuidado fuera del área de servicio, según los términos de su cubierta.
BlueCard Worldwide	BlueCard Worldwide está disponible para todos los asegurados en un plan de Blue Cross and Blue Shield Association. Si necesita servicios de emergencia médicos u hospitalarios fuera de nuestra área de servicio o de Estados Unidos, podrá recibirlos a través de los proveedores del plan local que pertenezcan a este Programa en otros países. Llame al 800-810-2583 para más información.
Centros de excelencia para trasplantes/cirugía del corazón/etc.	Le ofrecemos el beneficio de los centros para trasplante Blue Distinction Centers for Transplants (BDCT), una colaboración entre los planes Blue Cross y/o Blue Shield, Blue Shield Association e instituciones participantes para facilitar la provisión de cuidado de calidad de manera costo-efectiva en instituciones principales para seis tipos de trasplante: corazón, pulmón sencillo o bilateral, combinación corazón-pulmón bilateral, hígado, combinación simultánea de páncreas y riñón, y médula ósea/células madre (autólogo / alogénico). Llame al 800-981-4860 o al 787-749-4949, extensiones 4361 o 4312, para obtener más información.
Telexpreso	Sistema automático de respuesta de voz interactiva que permite a los asegurados acceder información y hacer transacciones sin la intervención directa de un Representante de Servicio al Cliente. En 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: 787-792-1370) desde Puerto Rico o 888-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU..
Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP, por sus siglas en inglés)	Ofrecemos un programa de manejo de terapia de medicamentos sin costo alguno a los asegurados que tengan varias condiciones médicas, que estén tomando muchos medicamentos y que tengan gastos de farmacia elevados. Un equipo de médicos y farmacéuticos diseñó este programa para nosotros. Nosotros utilizamos este programa de manejo de terapia de medicamentos como ayuda para proveer una mejor cubierta para nuestros asegurados. Por ejemplo, este programa nos ayuda a garantizar que nuestros asegurados estén usando los medicamentos apropiados para tratar sus condiciones médicas y a identificar posibles errores en los medicamentos. Podremos contactar a los asegurados que cualifiquen para este programa. Si le contactamos, esperamos que se una para poder ayudarle a manejar sus medicamentos. Recuerde, no necesita pagar nada adicional para participar. Si le seleccionamos para que participe en el programa de manejo de terapia de medicamentos, le enviaremos información sobre el programa e instrucciones para accederlo.
Herramienta para la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en	Hemos desarrollado una herramienta para evaluar riesgos a la salud (HRA, por sus siglas en inglés) que analiza sus estilos de vida, factores de riesgo y condiciones existentes, entre otras. Esta herramienta nos ayudará a tener un perfil detallado de nuestra población asegurada y determinar a dónde dirigir nuestros esfuerzos de educación de salud y prevención. La HRA también ayudará a los asegurados a hacer su propia evaluación de salud para saber su estatus en

inglés)	<p>términos de su cumplimiento con los exámenes preventivos y los cambios que deben hacer, y a ganar mayor conciencia para evitar problemas de salud en el futuro.</p> <p>Luego de completar su evaluación HRA, recibirá un kit de ejercicios que incluye una mochila con una botella de agua, un podómetro, muñequera y una cuica. Regístrese hoy en nuestra página web www.ssspr.com. ¡Manténgase activo, manténgase saludable!</p>
----------------	--

Beneficio	Descripción
<p>Centros de cuidado preventivo</p>	<p>Hágase todos sus exámenes médicos en una sola visita. Usted tiene cada vez más obligaciones y menos tiempo para cumplir con ellas, y el cuidado de su salud no es una excepción. El tiempo que le toma ir a una cita médica, hacerse sus chequeos rutinarios y manejar sus condiciones existentes, en adición a los gastos incurridos en copagos, son obstáculos en el camino a una mejor salud. Triple-S Salud le trae el Programa de Cuidado Preventivo. Los asegurados mayores de 21 años de edad ahora pueden recibir todos sus servicios preventivos en un solo lugar.</p> <p>Contamos con ocho Centros de Cuidado Preventivo por toda la isla, ubicados en: Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Guaynabo, Mayagüez, Ponce y San Sebastián. En estos centros, podrá recibir sus servicios preventivos, incluso evaluaciones, tales como antecedentes médicos, examen físico, evaluación de depresión, comportamientos de alto riesgo y educación de salud; pruebas como: CBC, colesterol, Pap (cáncer cervical), clamidia, gonorrea, sífilis, VIH, hemoglobina glicosilada, visión; referidos médicos como: Mamografías, vacunas, densitometría ósea, colonoscopia, sigmoidoscopia y mucho más. Las recomendaciones de pruebas y órdenes médicas están basadas en directrices clínicas o criterios médicos.</p>
<p>Oncology Analytics</p>	<p>Oncology Analytics 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.</p> <p>La alianza con Oncology Analytics permite que Triple-S le provea una mejor calidad de servicio, puesto que las decisiones clínicas cuentan con el aval de hematólogos, oncólogos médicos y de radiación, protocolos recomendados en temas de eficiencia, toxicidad y asequibilidad, y una aplicación web sencilla que utiliza las directrices nacionales más recientes.</p> <p>Los proveedores reciben el asesoramiento clínico necesario para tomar decisiones de tratamiento óptimas para la atención más efectiva, asequible y menos tóxica disponible. Esto optimiza los resultados y el costo del cuidado. Tener acceso a directrices basadas en evidencia, junto con la profundidad y el alcance clínico de un equipo profesional garantiza que usted reciba las decisiones de tratamiento con el mejor valor y la más alta calidad. Oncology Analytics aplica este enfoque basado en evidencia a la preautorización de medicamentos de quimioterapia, radioterapia, pruebas genéticas y PET CT, para reducir el tratamiento insuficiente, excesivo o inadecuado en los pacientes de cáncer.</p>

Sección 5(i). Beneficios de Punto de Servicio (POS)

Datos sobre los beneficios de punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés) ofrecidos por este plan

Usted puede obtener su cuidado con cualquier proveedor médico (M.D.) no participante del plan sin necesidad de un referido. Los proveedores no participantes del plan no están obligados a 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, deberá pagar la diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que nosotros le pagamos a usted.

Usted también puede obtener servicios en hospitales no participantes del plan. Un hospital no participante es una institución licenciada que se dedica principalmente a proveer servicios de diagnóstico y tratamiento bajo supervisión médica y con servicios de enfermería graduada las 24 horas del día para pacientes hospitalizados. Los hospitales no participantes del plan no están obligados a aceptar las tarifas establecidas por Triple-S Salud como pago total por sus servicios. Usted deberá pagar cualquier diferencia entre los cargos del hospital no participante del plan y la cantidad que nosotros le paguemos a usted. Nosotros le reembolsamos según nuestra tarifa establecida para admisiones a hospitales fuera del plan en nuestra área de servicio, o para servicios fuera del área de servicio que no sean de emergencia ni precertificados. Vea la Sección 1 ("Cómo funciona este plan") para más información sobre los beneficios de los puntos de servicio.

Qué está cubierto

Los beneficios de punto de servicio están descritos en la Sección 5 de este folleto.

Precertificación

Vea la Sección 3, "Servicios que requieren nuestra preautorización".

Qué no está cubierto

- Medicamentos recetados
- Trasplantes de órganos y tejidos
- 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 prima FEHB, usted no puede presentar una reclamación a la FEHB por ellos y no están disponibles para los residentes de Islas Vírgenes de EE. UU.. Las tarifas que usted paga por estos servicios no cuentan hacia los deducibles de FEHB o el límite de gastos de su bolsillo de su cubierta catastrófica. Estos programas y materiales son responsabilidad del plan y toda apelación debe seguir sus directrices. Para más información, comuníquese con el plan al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) o visite la página web www.ssspr.com.

Planes Medicare Advantage de Triple-S Salud: Los planes Medicare Advantage de Triple-S se enfocan en la salud y el bienestar de los beneficiarios de Medicare, lo cual incluye personas mayores de 65 años y personas con impedimentos mayores de 21 años de edad. Usted puede escoger de 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 Medicare tradicional.

Los planes Triple-S Medicare Advantage le ofrecen varias opciones, que incluyen planes con cero prima o primas económicas, copagos bajos para la mayoría de los servicios recibidos dentro de la red del plan y planes con cubierta de farmacia extendida Parte D.

Cualquiera de nuestros productos le permitirá disfrutar de:

- Copagos y coaseguros económicos y/o de \$0 al recibir la mayoría de los servicios a través de nuestros proveedores del plan.
- Usted escoge sus médicos y proveedores. Con varios de nuestros planes, no necesitará referidos para visitar médicos o 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 alternativa
- Planes Medicare para medicamentos recetados (Parte D) sin deducible anual inicial. Los servicios se pueden obtener en más de 1,000 farmacias en Puerto Rico y 55,000 en Estados Unidos.

Si usted tiene las partes A y B de Medicare, tiene residencia permanente en Puerto Rico y no padece de enfermedad renal terminal, ¡usted es elegible! Triple-S Salud brinda paz mental a los beneficiarios de Medicare que viven en Puerto Rico al ofrecer más servicios que Medicare tradicional por un pequeño cargo adicional o sin costo alguno. Para más información, visite cualquiera de nuestros Centros de Servicio, disponibles por toda la isla, o visite nuestra página web, www.ssspr.com. Asegurados prospectivos pueden llamar libre de cargos al 877-207-8777; TTY/TDD deben llamar al 800-383-4457, de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Sección 6. Exclusiones generales – Servicios, medicamentos y suplidos que no cubrimos

Las exclusiones que aparecen en esta sección aplican a todos los beneficios. Hay otras exclusiones y limitaciones incluidas en la Sección 5 de este folleto. Aunque podríamos incluir un servicio particular como un beneficio, no lo cubriremos a menos sea médicamente necesario para tratar su enfermedad, lesión o condición. Para más información sobre cómo obtener una preautorización del plan para servicios específicos, como trasplantes, vea la Sección 3, "Servicios que requieren nuestra preautorización".

Nosotros no cubrimos lo siguiente:

- Servicios, medicamentos o suplidos que reciba mientras no está suscrito en este plan;
- Servicios, medicamentos o suplidos que no son médicamente necesarios;
- Servicios, medicamentos o suplidos no necesarios de acuerdo con los estándares aceptados de práctica médica, dental o psiquiátrica;
- Procedimientos, tratamientos, medicamentos y/o dispositivos experimentales o investigativos (ver los detalles sobre trasplantes);
- Costos por cuidados adicionales o de investigación en estudios clínicos;
- Servicios, medicamentos o suplidos relacionados con abortos, salvo cuando la vida de la madre está en peligro si lleva el feto a término o si el embarazo es resultado de una violación o incesto;
- Servicios, medicamentos o suplidos que reciba de un proveedor o instalación excluido del programa FEHB;
- Exámenes físicos requeridos para obtener o mantener un trabajo o seguro, asistir a la escuela o campamento, o viajar;
- Pruebas de detección de drogas para fines de empleo; o
- Servicios, medicamentos o suplidos que usted reciba gratis mientras está en servicio militar activo.

Sección 7. Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos

Esta sección se enfoca primordialmente en las reclamaciones post-servicio (reclamaciones por servicios, medicamentos o suplidos que ya recibió). Vea la Sección 3 para información sobre los procesos para reclamaciones pre-servicio (servicios, medicamentos o suplidos que requieren preautorización del plan), incluso reclamaciones por procedimientos de cuidado urgente. Si visita médico participantes del plan, recibe servicios en hospitales o instalaciones participantes del plan u obtiene un medicamento recetado de una farmacia del plan, no tendrá que presentar reclamación. Solo presente su tarjeta de identificación y pague su copago o coaseguro.

Solo tendrá que enviar una reclamación si recibe servicios de un proveedor no participante del plan. En ocasiones, estos proveedores nos facturan directamente. Corrobore con su proveedor. Si usted tiene que presentar la reclamación, este es el proceso a seguir:

Beneficios médicos, hospitalarios y de medicamentos

En la mayoría de los casos, los proveedores y las instalaciones envían la reclamación por usted. Los médicos deben usar el formulario CMS 1500 - Health Insurance Claim Form (formulario de reclamación al seguro de salud). Las instalaciones deberán utilizar el formulario UB-04. Para preguntas o ayuda con una reclamación, llámenos al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 866-215-1999) si llama desde Islas Vírgenes de EE.UU., o visite nuestra página web, www.ssspr.com.

Si debe presentar una reclamación (por ejemplo, al recibir servicios fuera del área de servicio), envíela en el formulario CMS 1500 o un formulario de reclamación que contenga la siguiente información. Se deben detallar todos los recibos y facturas con la siguiente información:

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

Nota: Cheques cancelados, recibos de caja registradora o estados de cuenta de balances adeudados no son aceptables como sustituto para las facturas detalladas.

Envíe sus

reclamaciones a:

**Triple-S Salud
PO Box 363628
San Juan, PR 00936-3628**

Fecha límite para enviar su reclamación

Envíe todos los documentos para su reclamación lo antes posible. Debe enviar su reclamación en o antes del 31 de diciembre del año siguiente al año que recibió el servicio, salvo que esto haya sido imposible por acciones administrativas del gobierno o por incapacidad legal, siempre y cuando la reclamación se haya enviado tan pronto fuera razonablemente posible.

Procedimientos para reclamaciones post-servicio

Le notificaremos nuestra decisión dentro de 30 días luego de recibir su reclamación post-servicio. Si se requiere una extensión de tiempo debido a circunstancias fuera de nuestro control, podremos tomar hasta 15 días adicionales para la evaluación y le notificaremos antes de la expiración del periodo original de 30 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 la 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.

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

Representante autorizado

Usted puede designar un representante autorizado para actuar en representación suya para enviar una reclamación o apelar determinaciones de reclamaciones con nosotros. Para reclamaciones de cuidado urgente, se permitirá que un profesional de la salud que conozca 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 al referirnos a usted.

Requisitos de notificación

Si usted reside en un país donde por lo menos 10% de la población solo sabe leer en un idioma distinto al inglés (según determinado por el Secretario de Salud y Servicios Humanos), le 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 de lenguaje oral (como asistencia al cliente por teléfono) y ayuda para enviar reclamaciones y apelaciones (incluso revisiones externas) en el idioma aplicable distinto del inglés. Las versiones en inglés de sus EOB y correspondencia relacionada incluirán información en el idioma aplicable sobre cómo acceder los servicios en dicho idioma.

Cualquier notificación o correspondencia de parte nuestra sobre una determinación de beneficios adversa incluirá suficiente información para identificar la reclamación involucrada (inclusive la fecha de servicio, el proveedor de salud y la cantidad de la reclamación, si aplica) y una declaración que describa la disponibilidad, según se solicite, de los códigos de diagnóstico y procedimiento.

Sección 8. Proceso de apelación sobre reclamaciones

Usted puede apelar directamente con la Oficina de Administración de Personal (OPM) si no seguimos los procesos de reclamación requeridos. Para más información sobre los casos en los que tiene derecho de apelar inmediatamente a 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 de disputa de reclamaciones para el Programa de Beneficios de salud para empleados federales si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamación post-servicio (reclamación donde los servicios, medicamentos y suplidos ya se facilitaron). En la Sección 3. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre una reclamación pre-servicio, hemos descrito el proceso que debe seguir si tiene una reclamación por servicios, referidos, medicamentos o suplidos que deben estar preautorizados por el plan, tales como admisiones hospitalarias.

Para ayudarle a preparar su apelación, puede coordinar con nosotros para revisar y copiar, sin costo alguno, todo el material y los documentos del plan relevantes que tengamos en nuestro haber y que guarden relación con su reclamación, incluso aquellos que involucren revisión pericial de su reclamación. Para realizar su petición, escriba a nuestro departamento de Servicio al Cliente a Triple-S Salud, Inc. (Triple-S Salud) 1441 Avenida Roosevelt San Juan, Puerto Rico 00920, o 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..

Nuestra reconsideración tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y demás información que usted presente relacionada con la reclamación, independientemente de si la información fue presentada o considerada en la determinación de beneficio inicial.

Si nuestra decisión inicial se basa (completamente o en parte) en criterios médicos (p. ej. necesidad médica, experimental / investigativo), consultaremos con un profesional de la salud que posea el adiestramiento y la experiencia adecuados en el campo de la medicina asociada con dichos criterios, y que no haya estado involucrado en la decisión inicial.

Nuestra reconsideración no tomará en cuenta la decisión inicial. La revisión no la realizará la misma persona que tomó la decisión inicial, ni su subordinado.

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

1

Solicite por escrito que reconsideremos la decisión inicial. Usted debe:

- a) Escribirnos dentro de 6 meses a partir de la fecha de nuestra decisión; y
- b) Enviarnos 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 entiende que la decisión inicial fue incorrecta, con base en disposiciones específicas de este folleto; e
- d) Incluir copias de los documentos que apoyen su reclamación, tales como cartas de sus médicos, informes de operaciones, facturas, expedientes médicos y explicaciones de beneficios (EOB).
- e) Incluya su dirección de correo electrónico (opcional) si desea recibir nuestra contestación por correo electrónico. Tenga en cuenta que si nos proporciona su correo electrónico, podríamos enviarle nuestra decisión más rápido.

Le facilitaremos, libre de cargo y dentro de un tiempo razonable, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, utilizada o generada por nosotros o por dirección nuestra en conexión con su reclamación y cualquier justificación nueva para nuestra decisión sobre la reclamación. Le proveeremos esta información con suficiente antelación a la fecha en que se nos requiere que le proveamos nuestra decisión de reconsideración, para permitirle suficiente tiempo para respondernos antes de esa fecha. Sin embargo, si no

le facilitamos la nueva evidencia o justificación con suficiente tiempo para que usted responda a tiempo, esto no invalidará nuestra decisión de 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 reclamaciones post-servicio, tenemos hasta 30 días desde la fecha en que recibimos su solicitud para:

- a) Pagar la reclamación o
- b) Escribirle para confirmar nuestra denegación o
- c) Solicitar más información de usted o su proveedor

Usted o su proveedor debe enviar la información para que la recibamos dentro de 60 días a partir de nuestra solicitud. Entonces, tomaremos una decisión dentro de 30 días más.

Si no recibimos la información dentro de 60 días, tomaremos nuestra decisión dentro de 30 días a partir de la fecha límite para la entrega de información. Nuestra decisión se basará en la información que ya tenemos. Nosotros le enviaremos nuestra decisión por escrito.

3

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar que la OPM la revise.

Debe escribirle a la OPM, en inglés, dentro de:

- 90 días a partir de la fecha de nuestra carta confirmando nuestra decisión inicial; o
- 120 días luego de su primera carta a nosotros, si no le contestamos de manera alguna al cabo de 30 días; o
- 120 días después de solicitarle información adicional.

Escríble 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.

Envíe la siguiente información en inglés a la OPM:

- Una explicación de por qué entiende que nuestra decisión fue incorrecta, con base en disposiciones específicas de este folleto;
- Copias de los documentos que apoyen su reclamación, tales como cartas de sus médicos, informes de operaciones, facturas, expedientes médicos y explicaciones de beneficios (EOB).
- Copias de todas las cartas que nos envió sobre la reclamación;
- Copias de todas las cartas que nosotros le enviamos sobre la reclamación; y
- Su número de teléfono diurno y la mejor hora para llamarle.
- Su dirección de correo electrónico, si desea recibir la decisión de la OPM por correo electrónico. Tenga en cuenta que al proveer su correo electrónico, podría recibir la decisión de la OPM más rápido.

Nota: Si desea que la OPM revise más de una reclamación, debe identificar claramente cuáles documentos aplican a cada reclamación.

Nota: Usted es la única persona que tiene derecho de presentar una reclamación ante la OPM. Las partes que actúen como su representante, tal como los proveedores de salud, deben incluir copia de su autorización explícita por escrito con la solicitud de revisión. Sin embargo, para reclamaciones de cuidado urgente, un profesional de la salud que conozca su condición médica podrá actuar como su representante autorizado sin su consentimiento expreso.

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

4

OPM revisará la reclamación disputada y utilizará la información que obtenga de usted y de nosotros para decidir si nuestra decisión es 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 presentar una demanda en corte. Si decide demandar, debe 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 suplidos en disputa, o del año en que se le denegó una precertificación o preautorización. Esta es la única fecha límite que no se puede extender.

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

Usted no podrá demandar hasta que se complete el proceso de disputa de reclamaciones. Además, las leyes federales rigen su caso, sus beneficios y los pagos de estos. La corte federal basará su revisión en el expediente utilizado por la OPM cuando esta decidió mantener o revocar nuestra decisión. Lo único que puede recobrar es la cantidad de los beneficios en disputa.

NOTA: Si usted tiene una condición grave o potencialmente mortal (que pueda causar la pérdida permanente de alguna función corporal o la muerte si no se trata lo antes posible), y usted no indicó que su reclamación era para cuidado urgente, llámenos al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.. Haremos una revisión expedita (si aún no hemos respondido a su reclamación); o informaremos a la OPM para que ellos hagan una revisión acelerada de su apelación de reclamación. Puede llamar a FEHB 2 de la OPM al 202-606-3818, de 8 a.m. a 5 p.m. horario del este.

Por favor, recuerde que nosotros no tomamos decisiones sobre asuntos de elegibilidad al plan. Por ejemplo, nosotros no determinamos si usted o sus dependientes están cubiertos bajo este plan. Debe referir todo asunto de elegibilidad a la oficina de personal / nómina en su Agencia, si es empleado; a su sistema de retiro, si es pensionado; o a la oficina de programas de compensación laboral si está recibiendo dichos beneficios.

Sección 9. Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas

Cuando tiene otra cubierta de salud

Debe informarnos si usted o un familiar asegurado tiene cubierta con cualquier otro seguro de salud o tiene seguro automovilístico que cubre los gastos por atención médica sin consideración de culpabilidad. Esto se llama “cubierta doble”.

Al tener cubierta doble, por lo general 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 otras aseguradoras, determinamos cuál cubierta es la primaria según las directrices de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés). Para más información sobre las reglas de NAIC en cuanto a la coordinación de beneficios, visite nuestra página web, www.ssspr.com.

Si somos el pagador primario, pagaremos los beneficios descritos en este folleto.

Si somos el pagador secundario, nosotros determinaremos nuestra aportación. Luego de que el pagador primario pague, nosotros pagaremos nuestra aportación restante, hasta la cantidad que pagamos regularmente por el beneficio. No pagaremos más de nuestra aportación.

TRICARE y CHAMPVA

TRICARE es el seguro de salud para dependientes elegibles de militares y personas retiradas del servicio militar. TRICARE incluye el programa CHAMPUS. CHAMPVA provee cubierta de salud a veteranos incapacitados y a sus dependientes elegibles. Si usted tiene cubierta con este plan y con TRICARE o CHAMPVA, nosotros pagamos primero. Consulte a su asesor de beneficios de salud TRICARE o CHAMPVA si tiene preguntas sobre estos programas.

Suspensión de cubierta FEHB para suscribirse en TRICARE o CHAMPVA: Si usted es un pensionado o ex cónyuge, puede suspender su cubierta FEHB para suscribirse a uno de estos programas, así eliminando su prima de FEHB. (La OPM no contribuye a la prima de estos planes). Para información sobre cómo suspender su suscripción a FEHB, comuníquese con su oficina de retiro. Si luego desea volver a suscribirse al programa FEHB, por lo general solo lo podrá hacer durante el próximo período de suscripción, a menos que pierda involuntariamente la cubierta bajo TRICARE o CHAMPVA.

Compensación laboral

Nosotros no cubrimos servicios que:

- usted (o un familiar asegurado) necesite debido a una enfermedad o lesión relacionada con su empleo, y que la Oficina de Programas de Compensación a Trabajadores (OWCP, por sus siglas en inglés) u otra agencia federal o estatal comparable, determine que ellos deben proveerlos; o
- Si la OWCP u otra agencia comparable paga por los servicios como resultado de un acuerdo de indemnización por daños a terceros u otro procedimiento similar debido a una reclamación que presentada por usted bajo OWCP o leyes similares.

Luego de que la OWCP o agencia comparable pague el máximo de beneficios por su tratamiento, nosotros cubriremos su cuidado. Usted deberá usar nuestros proveedores.

Medicaid

Si usted tiene este plan y Medicaid, nosotros pagamos primero.

Suspensión de cubierta FEHB para suscribirse a Medicaid u otro programa estatal de asistencia médica comparable: Si usted es un pensionado o ex cónyuge, puede suspender su cubierta de FEHB para suscribirse en uno de estos programas estatales, eliminando así su prima de FEHB. Para información sobre cómo suspender su suscripción a FEHB, comuníquese con su oficina de retiro. Si luego desea volver a suscribirse al programa FEHB, por lo general solo lo podrá hacer durante el próximo período de suscripción, a menos que pierda involuntariamente la cubierta bajo el programa estatal.

Cuando otras agencias gubernamentales son responsables de su cuidado

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

Cuando otros son responsables de sus lesiones

Nuestro derecho a reclamar y recibir compensaciones por subrogación y reembolso es una condición y una limitación de la naturaleza de los beneficios o pagos de beneficios y de la provisión de beneficios bajo nuestra cobertura.

Cuando usted tiene Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro de salud para:

- Personas mayores de 65 años de edad
- Ciertas personas discapacitadas menores de 65 años de edad
- Personas con enfermedad renal terminal (fallo renal crónico que requiere diálisis o trasplante)

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 trabajaron por lo menos 10 años en empleo cubierto por Medicare, debe poder ser elegible para la cubierta de la Parte A sin prima mensual. (Si usted fue empleado federal en cualquier momento antes y durante enero de 1983, recibirá crédito por su empleo federal antes de enero de 1983). De lo contrario, si es mayor de 65 años de edad, puede comprar el seguro. Llame a 800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY: 877-486-2048) para más información.
- Parte B (Seguro Médico). La mayoría de las personas paga mensualmente por la parte B. Por lo general, las primas de la parte V se descuentan de su cheque de beneficios del Seguro Social o retiro.
- 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, corrobore la información sobre la coordinación de beneficios con planes Medicare Advantage en las páginas 85-88.
- Parte D (Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare). Hay una prima mensual por la cubierta de la parte D. Antes de suscribirse a la Parte D de Medicare, por favor lea la notificación de divulgaciones importantes sobre la cubierta de farmacia FEHB y Medicare. Dicha notificación está en la primera página interior de este folleto. Las personas con ingresos y recursos limitados cuentan con ayuda adicional para pagar por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite SSA en línea, www.socialsecurity.gov, o llame al 800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

- **El plan original de Medicare (Parte A o Parte B)**

El plan Medicare original (Medicare Original) está disponible en cualquier lugar de Estados Unidos. Esta era la forma en que todos obtenían los beneficios de Medicare y la manera en que la mayoría obtiene ahora sus beneficios de las partes A y B de Medicare. Usted puede ir a cualquier doctor, especialista u hospital que acepte Medicare. El plan Medicare original paga su parte y usted paga la suya.

Todos los médicos y demás proveedores están obligados por ley a presentar las reclamaciones directamente a Medicare para los miembros con la parte B de Medicare, si Medicare es el primario. Esto aplica incluso aunque no acepten Medicare.

Si está suscrito al plan Medicare original a la misma vez que en este plan, aun debe seguir las reglas en este folleto para nosotros cubrir su cuidado.

Proceso de reclamaciones cuando usted tiene el plan Medicare original - Es probable que no tenga que presentar reclamaciones si tiene tanto nuestro plan como el Medicare original.

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

Si Medicare original es el pagador primario, Medicare procesa su reclamación primero. En la mayoría de los casos, sus reclamaciones se coordinarán automáticamente y nosotros proporcionaremos beneficios secundarios para los gastos cubiertos. Para saber si debe hacer algo para presentar su reclamación, llame al 787-774- 6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 866- 215-1999) si llama desde Islas Vírgenes de EE.UU., o visite nuestra página web, www.ssspr.com.

Si el plan Medicare original es su pagador primario, eximiremos algunos de los costos – Eximiremos algunos de los costos que usted paga de su bolsillo, como se indica a continuación:

- Servicios y suplidos médicos provistos por médicos y otros profesionales de la salud. Si está suscrito a las partes A y B de Medicare, eximiremos los copagos y coaseguros. Si usted adquiere la Parte B de Medicare y su proveedor forma parte de nuestra red y participa en Medicare, eximiremos algunos de los cargos ya que Medicare será el pagador primario.

Puede obtener más información sobre cómo nuestro plan coordina los beneficios con Medicare en nuestra página web, www.ssspr.com.

Por favor revise la siguiente tabla. Esta tabla muestra su parte del costo si está inscrito en la Parte B de Medicare. Si usted adquiere la Parte B de Medicare y su proveedor forma parte de nuestra red y participa en Medicare, eximiremos algunos de los cargos ya que Medicare será el pagador primario.

Descripción de los Beneficios	Costos para asegurados sin Medicare	Costos para asegurados con parte B de Medicare
Deducible	\$0	\$0
Desembolso Máximo	\$6,600 Individual solamente \$13,200 Pareja y Familia	\$6,600 Individual solamente \$13,200 Pareja y Familia
Médico de cabecera	\$7.50	\$0
Especialista	\$7.50	\$0
Hospitalizaciones	\$0	\$0
Farmacia	<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición</p> <p>Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos, \$20 por unidad o repetición</p> <p>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> <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 1: Medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición</p> <p>Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos, \$20 por unidad o repetición</p> <p>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> <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>
Farmacia – Medicamentos por correo (abastecimiento de 90 días)	<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos, \$4 por unidad o repetición</p> <p>Nivel 2: Medicamento de marca preferido, \$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: Medicamentos genéricos, \$4 por unidad o repetición</p> <p>Nivel 2: Medicamento de marca preferido, \$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**

Debe informarnos si usted o un familiar asegurado tiene cubierta de Medicare y permitirnos obtener información sobre servicios pagados o denegados bajo Medicare, de nosotros solicitarlo. Además nos debe indicar si usted o sus familiares asegurados poseen otra cubierta, ya que la misma puede afectar el estatus de pagador primario / secundario de este plan y Medicare.

- **Medicare Advantage (Parte C)**

Si usted es elegible para Medicare, 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 800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY: 877-486-2048), o visite www.medicare.gov.

Si 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. Si nuestro plan Medicare Advantage es primario, proveeremos los beneficios aunque visite proveedores no participantes del plan Medicare Advantage (pero que sean proveedores de la red del plan regular de Triple-S Salud que administra FEHB). Por favor, notifíquenos si se suscribe a nuestro plan Medicare Advantage. Necesitaremos saber si está suscrito en nuestro plan Medicare Advantage tan pronto se suscriba para poder 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 al plan Medicare Advantage de otra compañía y también mantenerse suscrito a nuestro plan FEHB. Si su plan Medicare Advantage es primario, proveeremos los beneficios incluso fuera de la red del plan Medicare Advantage y/o el área de servicio (si utiliza nuestros proveedores del plan). Sin embargo, no le eximiremos ninguno de nuestros copagos o coaseguros. Notifíquenos si se suscribe en un plan Medicare Advantage. Necesitamos saber si usted está suscrito al plan Medicare original 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 pensionado o ex cónyuge, puede suspender su cubierta FEHB para suscribirse a un plan Medicare Advantage, así eliminando su prima de FEHB. (La OPM no contribuye a su prima de Medicare Advantage). Para información sobre cómo suspender su suscripción a FEHB, comuníquese con su oficina de retiro. Si luego desea volver a suscribirse al programa FEHB, por lo general solo lo podrá hacer durante el próximo período de suscripción, a menos que pierda involuntariamente la cubierta o se mude fuera del área de servicio del plan Medicare Advantage.

- **Cubierta de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)**

Cuando nosotros somos el pagador primario, procesamos la reclamación primero. Si usted se suscribe a Medicare Parte D y nosotros somos el pagador secundario, evaluaremos las reclamaciones por los costos de sus medicamentos recetados que no estén cubiertos por Medicare Parte D y serán consideradas para pago bajo el plan FEHB.

Medicare siempre toma la determinación final de si ellos son el pagador primario. La siguiente tabla indica si su pagador primario debe ser Medicare o este plan, según su situación de empleo y otros factores establecidos por Medicare. Es esencial que nos deje saber si usted o un familiar cubierto tiene cubierta de Medicare para así poder administrar estos requisitos correctamente. **(Estar cubierto por más de dos planes de salud podría cambiar el orden de beneficios determinado 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) Tiene cubierta de FEHB por su cuenta como empleado/a activo		✓
2) Está cubierto bajo FEHB por su cuenta como pensionado o a través de su cónyuge pensionado/a	✓	
3) Está cubierto por FEHB a través de su cónyuge, quien es empleado/a activo/a		✓
4) Es un pensionado reinstalado por el gobierno Federal y su puesto está excluido 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 antes mencionado	✓	
5) Es un pensionado reinstalado por el gobierno Federal y su puesto no está excluido del FEHB (su oficina de personal sabrá si este es el caso), y...		
• Usted tiene cubierta del FEHB por su cuenta o a través de su cónyuge, que también es empleado/a activo/a		✓
• Usted tiene cubierta del FEHB a través de su cónyuge pensionado/a	✓	
6) Es un juez Federal jubilado bajo el título 28, U.S.C.; o un juez de la Corte de Impuestos de EE.UU. (Tax Court) jubilado bajo la Sección 7447 de título 26, U.S.C. (o si su cónyuge cubierto/a es este tipo de juez); y usted no está cubierto bajo FEHB a través de su cónyuge como establece el inciso #3 antes mencionado	✓	
7) Está suscrito solo a la parte B, sin importar su situación de empleo	✓ para servicios de la parte B	✓ para otros servicios
8) Es un empleado Federal que ha estado recibiendo beneficios de compensación laboral por discapacidad por seis meses o más	✓*	
B. Cuando usted o un familiar cubierto...		
1) Tiene Medicare únicamente por enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) y...		
• Está dentro de los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a recibir beneficios de Medicare por padecer ESRD (período de coordinación de 30 meses)		✓
• Ya pasó el período de coordinación de 30 meses y usted o un familiar todavía es elegible para Medicare por padecer ESRD	✓	
2) Cualifica para Medicare por ESRD luego de haberse convertido en beneficiario de Medicare y....		
• Este plan era el pagador primario antes de usted ser elegible por padecer ESRD (para el período de coordinación de 30 meses)		✓
• Medicare era el pagador primario antes de usted ser elegible por padecer ESRD	✓	
3) Tiene una Continuación de Cubierta Temporal (TCC) y...		
• Medicare por edad e incapacidad	✓	
• Medicare por ESRD (para el período de coordinación de 30 meses)		✓
• Medicare por ESRD (luego del período de coordinación de 30 meses)	✓	
C. Cuando usted o algún familiar asegurado es elegible para Medicare únicamente por discapacidad y usted...		
1) Tiene cubierta FEHB por su cuenta como empleado activo o a través de un familiar que sea empleado/a activo		✓

2) Tiene cubierta FEHB por su cuenta como pensionado o a través de un familiar pensionado/a	✓	
D. Cuando está cubierto/a bajo la disposición de Equidad de Cónyuges de FEHB como un ex cónyuge	✓	

* El beneficio de compensación laboral es el pagador primario para reclamaciones relacionadas con la condición por la que recibe compensación laboral.

Sección 10. Términos que utilizamos en este folleto

Asignación de beneficios	Una disposición en el formulario de reclamación de beneficios de salud por la cual el asegurado le indica a la compañía aseguradora que pague cualquier beneficio directamente al proveedor cuyos cargos fundamentan la reclamación.
Año calendario	Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para los asegurados nuevos, el año calendario comienza en la fecha de efectividad de su suscripción y termina el 31 de diciembre del mismo año.
Aportación del plan	La cantidad que usamos para determinar nuestros pagos y su coaseguro por servicios cubiertos. Los planes determinan sus aportaciones de distintas formas. Nosotros determinamos nuestra aportación de la siguiente manera: la aportación del plan en nuestra área de servicio (Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE.UU.) es el listado de tarifas por beneficios, esto es, las tarifas que los proveedores del plan han acordado aceptar como pago total por sus servicios. La aportación del plan fuera del área de servicio es el cargo usual, acostumbrado y razonable.
Categorías de gastos en estudios de investigación clínica	<p>Una investigación clínica aprobada incluye una investigación de fase I, fase II, fase III o fase IV que se realiza en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición mortal, y que está financiada por el gobierno federal; realizada una como parte de una petición de investigación para un nuevo medicamento evaluado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); o es un estudio clínico exento del requisito de la petición de investigación para nuevos medicamentos.</p> <p>Si usted participa en un estudio de investigación clínica, 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 o recibe terapia estándar. • Gastos por cuidados adicionales – gastos relacionados su participación en un estudio de investigación clínica, tales 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 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 los estudios clínicos. Este plan no cubre esos gastos.
Coaseguro	El coaseguro es el porcentaje de nuestra aportación que usted debe pagar por su cuidado. Vea la página 28.
Copago	Un copago es una cantidad fija de dinero que usted paga al recibir servicios cubiertos. Vea la página 28.
Costo compartido	El costo compartido es el término general utilizado para referirse a los costos que usted paga de su bolsillo (p. ej., deducibles, coaseguros y copagos) por los servicios cubiertos recibidos.

Cuidado de custodia	<p>Tratamiento o servicios, sin importar quién los recomiende o dónde se proporcionen, que se puedan prestar de manera segura y razonable por alguien que no posea conocimientos médicos; o que estén diseñados principalmente para ayudar al paciente con sus actividades cotidianas. El cuidado de custodia que dura más de 90 días usualmente se conoce como Cuidado a Largo Plazo. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuidado personal, tal como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, comer con cuchara, por tubo o gastrostomía, ejercitarse, vestirse • tareas domésticas, tales como preparar alimentos o dietas especiales; • mover al paciente; • servir de cuidador o acompañante; • supervisión de medicamentos que por lo general pueden autoadministrarse; o • tratamientos o servicios que cualquiera pueda ofrecer con instrucciones mínimas, lo cual incluye sin limitarse a tomar la temperatura, el pulso y la respiración, o administrar y monitorear sistemas de alimentación.
Necesidad médica	<p>Servicios, medicamentos, suplidos o equipo provistos por un hospital o proveedor de servicios de salud cubierto, que el plan determine que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son apropiados para diagnosticar o tratar una condición, enfermedad o lesión del paciente; • son consistentes con los estándares de buenas prácticas médicas en Estados Unidos; • no son primordialmente para la comodidad personal o conveniencia del paciente, la familia o el proveedor; • no son parte de ni están asociados a un programa de educación académica o adiestramiento vocacional del paciente; y • en el caso de pacientes hospitalizados, no se podrían proveer ambulatoriamente de manera segura <p>El hecho que un proveedor participante haya recetado, recomendado o aprobado un servicio, suplido, medicamento o equipo no lo hace médicamente necesario.</p>
Nosotros/Plan	Nosotros y plan se refiere a Triple-S Salud.
Precertificación	<p>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 la idoneidad de la ubicación del 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 precertificación que Triple-S Salud ha establecido a lo largo del tiempo.</p> <p>Triple-S Salud no será responsable del pago de servicios que hayan sido prestados o recibidos sin dicha autorización de Triple-S Salud.</p>
Procedimientos de reclamaciones post-servicio	Cualquier reclamación que no sea pre-servicio. En otras palabras, las reclamaciones post-servicio son aquellas para las que ya se ha provisto el servicio y las reclamaciones se nos envían para solicitar los beneficios.
Profesional del cuidado de la salud	Un médico u otro profesional del cuidado de la salud licenciado, acreditado o certificado para proveer ciertos servicios de salud conforme con la ley estatal.
Proveedor en la red / de la red / del plan	Los proveedores en la red, de la red o del plan son los médicos, grupos médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de cuidado de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar 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.

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.
Reclamaciones para cuidado de urgencia	<p>Una reclamación para cuidado o tratamiento médico es una reclamación urgente si esperar el tiempo límite regular para reclamaciones no urgentes podría tener uno de los siguientes impactos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esperar podría arriesgar su vida o su salud; • Esperar podría arriesgar su capacidad de recobrar la función máxima; o • En la opinión de un médico que conoce su condición salud, esperar le podría exponer a sufrir fuertes dolores que no se pueden manejar sin el cuidado o tratamiento objeto de esta reclamación. <p>Las reclamaciones de cuidado urgente usualmente involucran reclamaciones pre-servicio, no reclamaciones post-servicio. Determinaremos si una reclamación es o no de cuidado urgente mediante la aplicación del juicio de una persona sin experiencia que posea un conocimiento general de salud y medicina.</p> <p>Si usted cree que su reclamación cualifica como una reclamación de cuidado 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 demostrar que su reclamación es urgente mediante evidencia provista de que un médico que conoce su condición de salud ha determinado que su reclamación implica cuidado urgente.</p>
Reclamaciones pre-servicio	Aquellas reclamaciones (1) que requieren precertificación, preautorización o referido y, (2) en las que, si no se obtiene la precertificación, preautorización o referido, redundan en una reducción de beneficios.
Reembolso	El intento de recobro por parte de un proveedor si un asegurado ha sufrido una enfermedad o lesión y ha recibido, en relación con tal enfermedad o lesión, un pago de cualquier parte que pueda ser responsable, de cualquier póliza de seguro aplicable, o de un programa de compensación o póliza de seguro laboral, y los términos del plan de beneficios de salud del proveedor requieren que el asegurado, como resultado de dicho pago, reembolse dicho pago al proveedor hasta el límite de los beneficios inicialmente pagados o proporcionados. El derecho al reembolso es acumulable y no excluyente del derecho de subrogación.
Servicios cubiertos	Servicios de salud cubiertos por nuestros beneficios, como se describen en este folleto.
Servicios experimentales o investigativos	Este Plan toma en consideración los factores que considere más relevantes bajo las circunstancias, tales como informes y artículos en publicaciones de referencia médica, científica y de revisión por pares; o los protocolos escritos que usa el centro de tratamiento o que se usan en otro centro que estudie prácticamente el mismo medicamento, dispositivo o tratamiento médico. Este plan también toma en consideración la aprobación de las siguientes agencias federales y agencias gubernamentales como parte esencial del tratamiento de una enfermedad o lesión, pero sin limitarse a: Asociación Médica Americana, el Cirujano General de Estados Unidos, el Departamento de Salud Pública de Estados Unidos, la Administración de Alimentos y Medicamentos o los Institutos Nacionales de Salud.
Subrogación	El recobro que busca hacer una aseguradora a cualquier parte que pueda ser responsable, cualquier póliza de seguro aplicable, o póliza de seguro o programa de compensación laboral, como sucesor de los derechos de una persona cubierta que sufrió una enfermedad o lesión y ha obtenido beneficios del plan de salud de dicha aseguradora.
Usted	Se refiere a la persona suscrita al plan y a cada familiar cubierto.

Índice

No dependa de esta página; la misma es para su conveniencia y podría no incluir todas las páginas donde los términos aparecen.

Lesión accidental	40-46, 59-60
Pruebas de alergia	31
Trasplante (de donante) alogénico de médula ósea	31-32
Tratamientos alternativos	37
Ambulancia	49, 51
Anestesia	46, 48
Trasplante autólogo de médula ósea ..	31-32
Biopsia	40-41
Sangre y plasma sanguíneo	48
Enyesado	47-48
Protección catastrófica	23
Cambios para el 2019	16
Quimioterapia	31-32
Oncology Analytics	16, 26-39, 61-63
Quiropráctico	37
Pruebas de colesterol	27-29
Reclamaciones	1
7-22, 69	
Coaseguro	23
Prueba de detección de cáncer colorrectal	27-29
Anomalías congénitas	40-41
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos	56-58
Muletas	35-36
Definiciones	79-81
Cuidado dental	85
Servicios diagnósticos	85
Gastos del donante	42-46
Vendajes	47-48, 56-58
Equipo médico duradero	35-36
Fecha efectiva de suscripción	10, 23
Emergencia	21, 26, 50-51, 84
Experimental o investigativo	80
Espejuelos	34
Planificación familiar	30
Sangre oculta en la excreta	27-29
Fraude	3-4
Exclusiones generales	66
Servicios de audición	33
Servicios de salud en el hogar	36
Hospital	18, 26, 29-30, 84
Vacunas	27-29
Infertilidad	31
Beneficios para pacientes hospitalizados	17, 47-48
Insulina	16, 19, 35-36, 56-58
Imágenes de resonancia magnética (MRI)	27
Mamografía	27-29, 62
Beneficios de maternidad	29-30
Medicaid	72
Medicamento necesario	19, 47-48,
80 Medicare	73-76
Advantage	73-74, 76-77
Original	75-76
Miembros	
Asociado	86
Familia	8-10
Plan	3, 13-15
Beneficios de salud mental / abuso de sustancias	52-53, 84
Cuidado para recién nacidos	9, 29-30
Beneficios no FEHB	65
Enfermera	26, 29-30, 36-39, 47-48, 61
Enfermera anestésista	47-48
Enfermera graduada	
Terapia ocupacional	32-33
Visitas al consultorio	23, 26, 29-34, 51-52, 84-85
Cirugía oral y maxilofacial	42
Gastos que usted paga de su bolsillo ..	23, 74
Oxígeno	35-36, 47-48
Prueba de Pap	27
Médico	17-19, 26, 47, 51-52, 54-58, 61, 84
Punto de Servicio (POS)	64
Precertificación	13-15, 17-20, 26, 29-32, 35-36, 40, 42-46, 49, 54-55, 64, 80
Medicamentos recetados	84-85
Cuidado preventivo, adultos	27-29
Cuidado preventivo, niños	29, 33
Servicios preventivos	27-29, 62
Aparatos prostéticos	33, 35
Psicólogo	52-53
Radioterapia	31-32
Alojamiento y comida	47-48, 53
Segunda opinión quirúrgica	16, 26
Cuidado en un centro de enfermería especializada	19, 26, 46, 48
Trabajador social	52
Terapia del habla	33
Férulas	47-48
Subrogación	72-73, 81
Abuso de sustancias	84
Cirugía	40-42, 46-48, 59-60, 62, 84
Oral	59-60
Ambulatoria	40-41, 48, 51-53,
84 Reconstructiva	41
Jeringuillas	56-58
Programa para dejar de fumar	37-39, 56-58
Continuación de Cubierta Temporal (TCC)	11
Trasplantes	42-46, 62
Terapias de tratamiento	31-32
Cuidado de la vista	85
Sillas de ruedas	35-36
Compensación laboral	72
Rayos X	27, 37, 42-48, 53, 59-60, 84

Notas

Resumen de Beneficios del Plan Triple-S Salud 2020

- **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 en este folleto. Usted puede obtener una copia de nuestro Resumen de Beneficios y Cubierta, según requiere la Ley de Atención Médica Asequible, en www.ssspr.com. En esta página resumimos los gastos específicos que cubrimos; para más detalles, lea el interior de este folleto.
- Si desea suscribirse o cambiar su cubierta dentro de este plan, asegúrese de indicar el código de suscripción correcto de la portada en su formulario de suscripción.

Beneficios	Usted paga	Pág.
Servicios provistos por médicos:		
Servicios de diagnóstico y tratamiento en el consultorio	En la red: copago de \$7.50 por visita a consultorios de médicos primarios, o de \$7.50 para especialistas; nada por rayos X y \$1.00 por prueba de laboratorio Fuera de la red: 10% de nuestra aportación más cualquier diferencia entre esta y la cantidad facturada	26 – 27
Servicios provistos por un hospital:		
• Paciente hospitalizado	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de nuestra aportación más cualquier diferencia entre esta y la cantidad facturada	47 – 48
• Paciente ambulatorio	En la red: \$25 de copago por instalaciones para cirugías ambulatorias Fuera de la red: 10% de nuestra aportación más cualquier diferencia entre esta y la cantidad facturada	48
Beneficios de emergencia:		
• En la red	\$25 para salas de emergencias; \$10 si recomendamos la visita Nada por hospital. Copago de \$10 para cuidados de urgencia en salas de urgencia en la red	51
• Fuera de la red	10% más todos los cargos que excedan nuestra aportación	51
Tratamiento de salud mental y trastorno por abuso de sustancias	Costo compartido regular	52 – 53
Medicamentos recetados:		
• Farmacia comercial – abastecimiento de hasta 30 días	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición. • Nivel 2: medicamento de marca preferido, \$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 	56

Beneficios	Usted paga	Pág.
<ul style="list-style-type: none"> • Programas de medicamentos por correo y abastecimiento extendido a 90 días para ciertos medicamentos de mantenimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos, \$4.00 por unidad o repetición • Nivel 2: medicamento de marca preferido, \$40 por unidad o repetición • Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$60, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$375 por unidad o repetición. 	57
Cuidado dental	Nada por servicios de diagnóstico; 30% por cualquier otro servicio.	59 – 60
Cuidado de la vista	\$7.50 por visita al consultorio	34
Beneficios Especiales	Opción de beneficios flexibles • Teleconsulta • Programa BlueCard • Centros de Excelencia para trasplantes • Telexpresso • Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP) • Herramienta de Análisis de Riesgos a la Salud (HRA) • Centros de Servicios Preventivos • Oncology Analytics	61 – 63

Información sobre las primas de Triple-S Salud 2020

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

Para ver las primas de todas las opciones de plan de salud FEHB, visite www.opm.gov/FEHBpremiums o www.opm.gov/Tribalpremium

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 su suscripción a beneficios de salud.

Las primas postales aplican a los empleados del Servicio Postal de Estados Unidos, como sigue:

- **Categoría Postal 1** – estas tarifas aplican a los empleado de unidad de negociaciones profesionales que estén representados por los siguientes acuerdos: APWU, IT/AS, NALC y NPMHU.
- Si usted es un empleado de unidad de negociaciones profesionales representado por el acuerdo con NPPN, encontrará sus primas en <https://liteblue.usps.gov/fehb>.
- **Categoría Postal 2** – estas tarifas aplican a los empleado de unidad de negociaciones profesionales que estén representados por el siguiente acuerdo: PPOA.

Las primas no postales aplican a todos los empleados de unidad de negociaciones profesionales de Servicios Postales representados por el acuerdo de NRLCA. Las primas postales no aplican a los empleados postales no profesionales, empleados postales retirados o empleados de cualquier organización de empleados postales que no sean empleados postales profesionales.

Centro de Recursos Humanos de Servicios Compartidos de USPS 877-477-3273, opción 5, Servicio Federal de Retransmisión por Teletipo: 800-877-8339.

Las primas para empleados tribales se muestran en la columna de primas mensuales no postales. La cantidad que figura bajo contribución del empleado es la aportación máxima que usted pagara. Su empleador tribal puede optar por aportar una porción mayor de su prima.

Por favor, contacte a su Oficial de Beneficios Tribales para las primas 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	Cat. 1 Su aportación	Cat. 2 Su aportación

Islas Vírgenes

Opción Ampliada Individual solamente	851	\$235.05	\$78.35	\$509.27	\$169.76	\$75.22	\$65.03
Opción Ampliada Pareja	853	\$504.12	\$199.58	\$1,092.26	\$432.42	\$192.58	\$171.57
Opción Ampliada Individual y Familia	852	\$538.28	\$179.42	\$1,166.27	\$388.75	\$172.25	\$148.92

Puerto Rico

Opción Ampliada Individual solamente	891	\$135.02	\$45.00	\$292.53	\$97.51	\$43.20	\$37.35
Opción Ampliada Pareja	893	\$303.16	\$101.05	\$656.84	\$218.95	\$97.01	\$83.87
Opción Ampliada Individual y Familia	892	\$309.19	\$103.06	\$669.91	\$223.30	\$98.94	\$85.54