

Resumen de Beneficios

Cubierta Care Plus de Triple-S Salud, Inc.

Esto es un resumen de los beneficios médicos-hospitalarios y ambulatorios ofrecidos bajo la Cubierta.

1 de abril de 2019 – 31 de marzo de 2020

La **Cubierta CarePlus** es un plan que te cubre los deducibles y coaseguros establecidos para los beneficios cubiertos en la Parte A y Parte B del Programa Medicare. La cubierta se ofrece a los Pensionados del Gobierno de Puerto Rico, sus Municipios e Instrumentalidades participantes. Esta cubierta te da la flexibilidad de libre selección y acceso a tus proveedores.

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

Estos datos de beneficios son un resumen de la cubierta y lo que tú pagas. Este no enumera todos los servicios que cubrimos, ni todos los límites y exclusiones. Para la lista completa de los beneficios cubiertos consulte la cubierta CarePlus.

Aviso de No-Discriminación

Aviso: Informando a los Individuos sobre los requisitos de no discrimen y acceso y la declaración de no discrimen: El Discrimen Esta En Contra De La Ley

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad.

Triple-S Salud, Inc.

- Proporciona mecanismos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes en lenguaje de señas certificados,
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Proporciona servicios traducción gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el español, tales como:
 - Intérpretes certificados,
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, contacte a un Representante de Servicio.

Si considera que Triple-S Salud, Inc. no le ha provisto estos servicios o han discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, origen nacional, color, edad, sexo o incapacidad, comuníquese con:

Oficina de Cumplimiento y Privacidad

P.O. Box 11320, San Juan, PR 00922-3260

Teléfono: (787) 620-1919 ext. 4183

Fax: (787) 993-3260

Correo electrónico: privacidad@ssspr.com

Puede presentar su querrela en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar su querrela, un Representante de Servicio está disponible para ayudarle.

Usted puede presentar su querrela por violación a los derechos civiles con el Departamento de Salud y de Recursos Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de forma electrónica a través de su portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo, o por teléfono al:

200 Independence Ave, SW Room 509F, HHH Bldg Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Call the customer service number on your ID card for assistance.

請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。

Gọi số dịch vụ khách hàng trên thẻ ID của quý vị để được hỗ trợ bằng Tiếng Việt.

한국어로 도움을 받고 싶으시면 ID 카드에 있는 고객 서비스 전화번호로 문의해 주십시오.

Para sa tulong sa Tagalog, tumawag sa numero ng serbisyo sa customer na nasa inyong ID card.

Обратитесь по номеру телефона обслуживания клиентов, указанному на Вашей идентификационной карточке,

для помощи на русском языке.

العربية باللغة المساعدة على للحصول هويتك بطاقة على الموجود العملاء خدمة برقم اتصل

Rele nimewo sèvis kliyantèl ki nan kat ID ou pou jwenn èd nan Kreyòl Ayisyen.

Pour une assistance en français du Canada, composez le numéro de téléphone du service à la clientèle figurant sur

votre carte d'identification.

Ligue para o número de telefone de atendimento ao cliente exibido no seu cartão de identificação para obter ajuda em português.

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer podany na identyfikatorze.

日本語でのサポートは、IDカードに記載のカスタマーサービス番号までお電話でお問い合わせください。

Per assistenza in italiano chiamate il numero del servizio clienti riportato nella vostra scheda identificativa.

Rufen Sie den Kundendienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an, um Hilfestellung in deutscher Sprache zu erhalten.

بگیرید تماس است شده درج شما شناسایی کارت روی بر که مشتری خدمات شماره با ، فارسی زبان به راهنمایی دریافت برای

DESCRIPCIÓN DEL MODELO-C

MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	USTED PAGA
<p>HOSPITALIZACIÓN*</p> <p>Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos</p> <p>Primeros 60 días</p> <p>61er. hasta 90mo. día</p> <p>91er. día y posteriormente:</p> <p>-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios</p> <p>Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios</p> <p>-365 días adicionales de por vida</p> <p>-Más allá de los 365 días</p>	<p>Todo menos \$1,364</p> <p>Todo menos \$341 por día</p> <p>Todo menos \$682 por día</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$1,364 (Deducible de la Parte A)</p> <p>\$341 por día</p> <p>\$682 por día</p> <p>100% de los gastos elegibles del <i>Medicare</i></p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0**</p> <p>Todos los costos</p>
<p>CUIDADO EN FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</p> <p>Usted deberá cumplir con los requisitos del <i>Medicare</i>, incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado a una facilidad aprobada por <i>Medicare</i> dentro de 30 días después de haber salido del hospital</p> <p>Primeros 20 días</p>			

21er. hasta el 100mo. día	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
101er. días y posteriormente	Todo menos \$170.50 por día \$0	Hasta \$170.50 por día \$0	\$0 Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
CUIDADO EN UN HOSPICIO			
Disponible mientras que su médico certifique que usted tiene una enfermedad terminal y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de relevo	Copago o coaseguro de <i>Medicare</i>	\$0

*Un periodo de beneficios comienza el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud o en cualquier otra facilidad por 60 días consecutivos.

**Cuando su beneficio de hospital de la Parte A de Medicare se haya agotado, Triple-S Salud pagará cualquier cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según provisto en la póliza de beneficios básicos. Durante este periodo el hospital no podrá facturarle por el balance a base de cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO-C (CONTINUACIÓN)

MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	USTED PAGA
<p>GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero.</p> <p>Primeros \$185 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>*</p> <p>Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i></p> <p>Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>)</p>	<p>\$0</p> <p>Generalmente 80%</p> <p>\$0</p>	<p>\$185 (Deducible de la Parte B)</p> <p>Generalmente 20%</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>Todos los costos</p>
<p>SANGRE</p> <p>Primeras 3 pintas</p> <p>Próximos \$185 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>*</p> <p>Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i></p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>80%</p>	<p>Todos los costos</p> <p>\$185 (Deducible de la Parte B)</p> <p>20%</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO – PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS</p>	<p>100%</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</p>

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR			
SERVICIOS APROBADOS POR <i>MEDICARE</i>			
Servicios médicamente necesarios de un cuidado especializado y suministros médicos			
Equipo médico duradero	100%	\$0	\$0
Primeros \$185 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *	\$0	\$185 (Deducible de la Parte B)	\$0
Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	80%	20%	\$0

*Una vez que a usted le hayan facturado \$183 de las cantidades aprobadas por *Medicare* por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año calendario.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO-C (CONTINUACIÓN)
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO
OTROS BENEFICIOS NO CUBIERTOS POR MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	USTED PAGA
<p>VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR <i>MEDICARE</i></p> <p>Servicios médicamente necesarios de cuidado de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los Estados Unidos de América.</p> <p>Primeros \$250 cada año civil</p> <p>Restante de los Cargos</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>80% hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000</p>	<p>\$250</p> <p>20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000</p>