

# CENTROS DE SERVICIO

## Plaza Carolina

2do nivel

Lunes a viernes: 9:00 a.m. - 7:00 p.m.

Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m.

Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.

## Plaza Las Américas

2do nivel (entrada del estacionamiento norte)

Lunes a viernes: 8:00 a.m. - 7:00 p.m.

Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m.

Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.

## Triple-S Salud Oficinas Centrales

1441 Ave. Franklin D. Roosevelt

San Juan, PR 00920

Lunes a viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

## Ponce

2760 Ave. Maruca

Ponce, PR 00728-4108

Lunes a viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

## Mayagüez

Carr 114, Km 1.1

Bo. Guanajibo, Mayagüez, PR 00680

Lunes a viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

## Arecibo

Km 81.0 Suite 101, Arecibo PR 00612

Lunes a viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

## Caguas

Angora Shopping Center

Ave. Luis Muñoz Marín, Esq. Troche

Caguas, PR 00725

Lunes a viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

# PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA 2020



**SI NECESITA AYUDA O INFORMACIÓN ADICIONAL,  
COMUNÍQUESE CON NOSOTROS.**

Llame al 787.792.2226 y uno de nuestros  
Representantes Autorizados le orientarán.

**TRIPLE-S SALUD**   
BlueCross BlueShield of Puerto Rico

Nuestro Plan Individual de Farmacia utiliza una lista de medicamentos preferidos seleccionados a base de su seguridad, efectividad y costo.

## ¿CUÁL ES MI PRIMA CON EL PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA PARA EL 2020?

### Pago mensual:

**PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA**  
**\$197.10**

Tienes la opción de pagar tu prima mensual de varias maneras, ya sea por débito directo a tu cuenta de cheques o ahorro; tarjeta de crédito; Internet; institución bancaria, a través de la aplicación móvil o en cualquiera de nuestros centros de servicio.



## ¡UNA OPCIÓN DE TRIPLE-S SALUD CON LAS MISMAS VENTAJAS!

- Obtén tus medicamentos a través de una amplia red de farmacias disponibles en todo Puerto Rico y Estados Unidos.
- Algunos medicamentos sin leyenda Federal (OTC) son cubiertos con \$0.00 de copago como: Prilosec OTC® y su genérico, Claritin® OTC y Zyrtec® OTC (incluidos los genéricos de éstos) y Zaditor® OTC y sus genéricos.
- Cubierta tanto para medicamentos de marca como para genéricos.
- Abastecimiento extendido de 90 días en nuestras farmacias participantes.
- Servicio de medicamentos por correo, para tu conveniencia. Recibirás en tu hogar un abastecimiento de hasta 90 días para tus medicamentos de mantenimiento. ¿Lo mejor de todo? ¡El envío es gratis!
- Al escoger nuestro plan individual continuarás recibiendo el servicio que mereces. Tenemos centros de servicio localizados para tu conveniencia a través de toda la isla. Nuestros centros de servicio en Plaza Las Américas y Plaza Carolina están disponibles para ayudarte 7 días a la semana, en horario extendido.

## ¡SUSCRÍBETE YA Y COMIENZA A AHORRAR AL COMPRAR TUS MEDICAMENTOS!

1. Revisa el folleto informativo para que conozcas los beneficios que la farmacia individual te ofrece.
2. Completa la solicitud de ingreso y devuélvela a Triple-S Salud.

# TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS

## PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA 2020

### ESTIMADO BENEFICIARIO DE MEDICARE CON COMPLEMENTARIA:

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

Triple-S Salud te ofrece una alternativa que te ayudará a reducir tus gastos al comprar medicamentos.

### ¿CÓMO TRABAJA?

Triple-S Salud te provee acceso a una extensa red de más de 1,000 farmacias a través de toda la isla y sobre 40,000 farmacias en los Estados Unidos. Nuestra red incluye las farmacias en las cadenas Walgreens, CVS, Kmart, Costco, Sam's, Walmart y cientos de farmacias de la comunidad.

### ¿QUÉ BENEFICIOS TENGO?

El plan te provee acceso a medicamentos de marca y genéricos.

#### Primer nivel de cubierta: (hasta que los costos totalicen \$4,020)

##### Abastecimiento hasta 30 días

Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	\$5.00
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	\$15.00
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	30%
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	45%
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	45%
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	45%
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00

##### Abastecimiento de 90 días

Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	\$15.00
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	\$45.00
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	30%
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	45%
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	45%
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	45%
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	No aplica
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00

**Segundo nivel de cubierta: (una vez los costos totalicen \$4,020.01 y hasta desembolsar \$6,350)****Abastecimiento hasta 30 días**

Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	50%
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	50%
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	50%
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	50%
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	50% para genéricos; 50% para marca
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	50% para genéricos; 50% para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00

**Abastecimiento de 90 días**

Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	50%
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	50%
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	50%
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	50%
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	50% para genéricos; 50% para marca
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	50% para genéricos; 50% para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	No aplica
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00

**Tercer nivel de cubierta: (una vez la persona asegurada desembolse \$6,350)****Abastecimiento hasta 30 días**

Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	10% mínimo \$3.40
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	10% mínimo \$3.40
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	10% mínimo \$8.50
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	10% mínimo \$8.50
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	10% mínimo \$3.40 para genéricos; 10% mínimo \$8.50 para marca
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	10% mínimo \$3.40 para genéricos; 10% mínimo \$8.50 para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00

**Abastecimiento de 90 días**

Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	10% mínimo \$10.20
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	10% mínimo \$10.20
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	10% mínimo \$25.50
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	10% mínimo \$25.50
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	10% mínimo \$10.20 para genéricos; 10% mínimo \$25.50 para marca
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	10% mínimo \$10.20 para genéricos; 10% mínimo \$25.50 para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	No aplica
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00



Concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association. Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. Triple-S Salud, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 787-774-6060, (TTY/TDD), 787-792-1370 or 1-866-215-1919. Free of charge 1-800-981-3241. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística llame al 787-774-6060, Libre de costo 1-800-981-3241. (TTY/TDD) al 787-792-1370 o 1-866-215-1919. TSS-PROD-1534-2020-A