

2021

Resumen de Cubierta Care Plus Medigap



TRIPLE-S SALUD, INC.
1441 Ave. Roosevelt, San Juan, Puerto Rico

Concesionario Independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association

Resumen de Cubierta

CARE *PLUS* MEDIGAP (Modelo A, B, C y D)

BIENVENIDOS A TRIPLE-S SALUD, INC.

Nuestra prioridad es servirte en todas las etapas de tu vida


Por más de 55 años hemos cuidado la salud de miles de puertorriqueños ofreciendo servicios de excelencia y calidad. Nuestra prioridad es servirte en todas las etapas de tu vida y nos esforzamos día a día en desarrollar iniciativas que respondan a este compromiso.

Triple-S Salud, Inc. (que más adelante se denominará como Triple-S Salud) te provee una amplia gama de servicios de cuidado integral que velan por tu BIENESTAR TOTAL y contribuyen a mejorar tu calidad de vida. Además, provee servicios con horario extendido en nuestros Centros de Servicio, incluyendo Centros en Plaza Las Américas y Plaza Carolina abiertos los siete días. Además, te ofrecemos servicios las 24 horas, los 7 días con Telexpreso y nuestra página de Internet www.ssspr.com.

Este resumen de cubierta de la Póliza Care *Plus* Medigap Modelo (A, B, C y D) te ayudará a conocer los beneficios que Triple-S Salud pone a tu disposición bajo los Modelo A, B, C y D de cubierta complementaria de Medicare.

Te exhortamos a que te familiarices con este resumen y lo mantengas a tu alcance para referencia.

Nuestro mayor deseo es que continúes siendo parte de nuestra gran familia donde cuidamos lo máspreciado para ti y tu familia, tu salud.



Madeline Hernández Urquiza, CPA
Presidenta

Triple-S Salud, Inc.
San Juan, Puerto Rico
Concesionario Independiente de la
BlueCross and BlueShield Association

Tabla de Beneficios de planes Complementarios de Medicare – Esta tabla muestra los beneficios incluidos en cada uno de los planes estandarizados complementarios de Medicare. Algunos planes podrían no estar disponibles en su estado. Solo los aplicantes elegibles por primera vez a Medicare antes de 2020 pueden comprarlos planes C, F y F deducible alto.

NOTE: El √ significa que se paga el 100% del beneficio.

Planes disponibles para todo elegible a Medicare									Solo para elegibles a Medicare antes del año 2020	
Beneficios	A	B	D	G ¹	K	L	M	N	C	F ¹
Cubierta de Hospital y coaseguro de la Parte A de Medicare (cubierta por 365 días adicionales después que los beneficios de Medicare terminen)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Coaseguros y copagos de Medicare Parte B	√	√	√	√	50%	75%	√	√ Copago aplica ³	√	√
Sangre (primeras 3 pintas)	√	√	√	√	50%	75%	√	√	√	√
Parte A: Coaseguros y copagos de Cuidados de Hospicios	√	√	√	√	50%	75%	√	√	√	√
Coaseguro de Facilidad de Enfermería Diestra			√	√	50%	75%	√	√	√	√
Deducible de la Parte A de Medicare		√	√	√	50%	75%	√	√	√	√
Deducible de Medicare Parte B									√	√
Cargo de exceso de Medicare Parte B				√						√
Emergencias de Viaje en el Extranjero (limite por el plan)			√	√			√	√	√	√

Planes disponibles para todo elegible a Medicare									Solo para elegibles a Medicare antes del año 2020	
Beneficios	A	B	D	G ¹	K	L	M	N	C	F ¹
Desembolso máximo para 2021 ²					\$6,220 ²	\$3,110 ²				

NOTA: Triple-S Salud ofrecerá solamente los Modelos A, B, C y D

¹ Los Planes F y G también tienen una opción denominada deducible alto, donde primero requiere que se pague un deducible de \$2,370 antes de que el plan comience a pagar. Una vez alcance el deducible, el plan cubre al 100% de los servicios del restante año calendario. El plan G de alto deducible no cubre el deducible de la Parte B de Medicare. Sin embargo, los planes F y G cuentan sus pagos del deducible de la Parte B de Medicare y lo mueve a alcanzar el deducible del plan.

² Los planes K y L pagan el 100% de los servicios cubiertos por el resto del año calendario una vez usted alcance el límite anual del máximo de desembolso.

³ El Plan N paga el 100% del coaseguro de la Parte B, excepto un copago de hasta \$20 por algunas visitas médicas y hasta \$50 copago por visitas a la sala de emergencias que no resultan en una admisión como paciente internado.

INFORMACIÓN SOBRE PRIMAS

Nosotros Triple-S Salud podemos aumentar su prima solamente si aumentamos la prima para todas las pólizas como la suya en Puerto Rico.

Tarifas	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Tarifa Regular	\$122.30	\$149.05	\$171.35	\$152.85
Tarifa de descuento (1 ^{er} año)	\$79.50	\$96.90	\$111.40	\$99.35
Tarifa de descuento (2 ^{do} año)	\$100.90	\$123.00	\$141.40	\$126.10
Tarifa de descuento (3 ^{er} año)	\$111.60	\$136.05	\$156.40	\$139.45

LEA SU PÓLIZA MUY DETENIDAMENTE

Esto es solamente un resumen que describe las características más importantes de su póliza. La póliza es su contrato de seguro. Usted deberá leer la póliza por sí mismo para comprender todos los derechos y deberes suyos y los de su compañía de seguros.

DERECHO A DEVOLVER LA PÓLIZA

Si usted encuentra que no está satisfecho con su póliza, podrá devolverla a PO Box 363628, San Juan, P.R. 00936- 3628. Si usted nos devuelve la póliza dentro de los 30 días después de haberla recibido, trataremos la póliza como si nunca se hubiese emitido y devolveremos todos sus pagos.

REEMPLAZO DE LA PÓLIZA

Si usted está reemplazando otra póliza de seguro de salud, NO la cancele hasta que haya realmente recibido su nueva póliza y esté seguro de que la quiere retener.

AVISO

Esta póliza puede que no cubra todos sus costos médicos. Ni Triple-S Salud ni sus agentes, representantes autorizados, productores u otros representantes están relacionados con Medicare. Este Resumen de Cubierta no ofrece todos los detalles de la cubierta de Medicare. Comuníquese con la oficina de Seguro Social o consulte el Manual de Medicare para más detalles.

LAS CONTESTACIONES COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

Cuando llene la solicitud para la nueva póliza, asegúrese de contestar verídica y completamente todas las preguntas acerca de su historial médico y de salud. La compañía podría cancelar su póliza y negarse a pagar cualesquier reclamaciones si omite o falsifica información médica importante. Revise la solicitud con cuidado antes de firmarla. Asegúrese de que toda la información ha sido debidamente anotada.

Plan – A

MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS			
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-A PAGA	TU PAGAS
HOSPITALIZACIÓN*			
Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,484	\$0	\$1,484 (Deducible de la Parte A)
Días 61 a 90	Todo menos \$371 por día	\$371 por día	\$0
Días 91 y posteriores:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos \$742 por día	\$742 por día	\$0
-Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios:			
-365 días adicionales	\$0	100% de los gastos elegibles del Medicare	\$0**
-Más allá de los 365 días	\$0	\$0	Todos los costos
CUIDADO EN FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*			
Deberás cumplir con los requisitos de Medicare, incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días de ingresado a una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días después de haber salido del hospital			
Días 1 a 20	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo menos \$185.50 por día	\$0	Hasta \$185.50 por día
Días 101 y posteriores	\$0	\$0	Todos los costos

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-A PAGA	TU PAGAS
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que tu médico certifique que tienes una enfermedad terminal y tú eliges recibir estos servicios	Todos los copagos y coaseguros, excepto muy poco coaseguro para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes internados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

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

** AVISO: Cuando tu 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 esta póliza de beneficios básicos. Durante este periodo, el hospital no podrá facturarte por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-A PAGA	TU PAGAS
GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO , tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-A PAGA	TU PAGAS
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	\$0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Próximos \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$0	\$0

PARTE A Y PARTE B DE MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-A PAGA	TU PAGAS
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios médicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos Equipo médico duradero:	100%	\$0	\$0
Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

*** Una vez que te hayan facturado \$203 de las cantidades aprobadas por Medicare por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), tu Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año natural.

Plan – B

MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS			
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-B PAGA	TU PAGAS
HOSPITALIZACIÓN*			
Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,484	\$1,484 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo menos \$371 por día	\$371 por día	\$0
Días 91 y posteriores:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos \$742 por día	\$742 por día	\$0
-Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios:			
-365 días adicionales	\$0	100% de los gastos elegibles del Medicare	\$0** Todos los costos
-Más allá de los 365 días	\$0	\$0	
CUIDADO EN FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*			
Deberás cumplir con los requisitos de Medicare, incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días de ingresado a una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días después de haber salido del hospital			
Días 1 a 20	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo menos \$185.50 por día	\$0	Hasta \$185.50 por día
Días 101 y posteriores	\$0	\$0	Todos los costos

MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS			
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-B PAGA	TU PAGAS
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que tu médico certifique que tienes una enfermedad terminal y tú eliges recibir estos servicios	Todos los copagos y coaseguros, excepto muy poco coaseguro para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes internados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

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

** AVISO: Cuando tu 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 esta póliza de beneficios básicos. Durante este periodo, el hospital no podrá facturarte por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL			
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-B PAGA	TU PAGAS
GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO , tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-B PAGA	TU PAGAS
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	\$0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0 \$203 (Deducible de la Parte B)
Próximos \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$0 \$203 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$0	\$0

PARTE A Y PARTE B DE MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-B PAGA	TU PAGAS
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios médicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero:			\$203 (Deducible de la Parte B)
Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$0 \$203 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

*** Una vez que te hayan facturado \$203 de las cantidades aprobadas por Medicare por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), tu Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año natural.

Plan – C

(Asegurados Elegibles a Medicare antes del año 2020)

MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS			
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	TU PAGAS
HOSPITALIZACIÓN*			
Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,484	\$1,484 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo menos \$371 por día	\$371 por día	\$0
Días 91 y posteriores:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos \$742 por día	\$742 por día	\$0
-Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios:			
-365 días adicionales	\$0	100% de los gastos elegibles del Medicare	\$0** Todos los costos
-Más allá de los 365 días	\$0	\$0	
CUIDADO EN FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*			
Deberás cumplir con los requisitos de Medicare, incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días de ingresado a una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días después de haber salido del hospital			
Días 1 a 20	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo menos \$185.50 por día	Hasta \$185.50 por día	\$0
Días 101 y posteriores	\$0	\$0	Todos los costos

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO- C PAGA	TU PAGAS
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que tu médico certifique que tienes una enfermedad terminal y tú eliges recibir estos servicios	Todos los copagos y coaseguros, excepto muy poco coaseguro para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes internados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

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

** AVISO: Cuando tu 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 esta póliza de beneficios básicos. Durante este periodo, el hospital no podrá facturarte por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO- C PAGA	TU PAGAS
GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO , tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)	\$0

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO- C PAGA	TU PAGAS
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	\$0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Próximos \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)	\$0
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$0	\$0

PARTE A Y PARTE B DE MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	TU PAGAS
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE			
Servicios médicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero:			
Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)	\$0
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

*** Una vez que te hayan facturado \$203 de las cantidades aprobadas por Medicare por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), tu Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año natural.

OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE

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

Plan – D

(Asegurado Elegible a Medicare a partir de año 2020)

MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS			
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
HOSPITALIZACIÓN*			
Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos \$1,484	\$1,484 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo menos \$371 por día	\$371 por día	\$0
Días 91 y posteriores:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos \$742 por día	\$742 por día	\$0
-Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios:			
-365 días adicionales	\$0	100% de los gastos elegibles del Medicare	\$0**
-Más allá de los 365 días	\$0	\$0	Todos los costos
CUIDADO EN FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*			
Deberás cumplir con los requisitos de Medicare, incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días de ingresado a una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días después de haber salido del hospital			
Días 1 a 20	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo menos \$185.50 por día	\$0	Hasta \$185.50 por día
Días 101 y posteriores	\$0	\$0	Todos los costos

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que tu médico certifique que tienes una enfermedad terminal y tú eliges recibir estos servicios	Todos los copagos y coaseguros, excepto muy poco coaseguro para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes internados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

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

** AVISO: Cuando tu 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 esta póliza de beneficios básicos. Durante este periodo, el hospital no podrá facturarte por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO , tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero.			
Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	\$0

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Próximos \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$0	\$0

PARTE A Y PARTE B DE MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios médicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos Equipo médico duradero:	100%	\$0	\$0
Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

*** Una vez que te hayan facturado \$203 de las cantidades aprobadas por Medicare por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), tu Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año natural.

OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE

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

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 because 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. If you are a federal employee or retiree call 787-774-6081, Toll Free 1-800-716-6081; (TTY / TDD) 787-792-1370; Toll-Free 1-866-215-1999 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.

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 número 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.

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

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

787.774.6070

787.792.1370

TTY (audioimpedidos)

Lunes a viernes 7:30 a.m. a 8:00 p.m.

Sábados 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

Domingos 11:00 a.m. a 5:00 p.m.

www.ssspr.com