

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

### ¿CUÁL ES LA PRIMA DEL PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA PARA EL 2021?

**PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA**  
**\$201.75** mensual

Tienes la opción de pagar tu prima mensual de varias maneras, 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. ¡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.

### ¡SUSCRÍBETE YA Y COMIENZA A AHORRAR!

1. Revisa el folleto informativo para que conozcas los beneficios que la farmacia individual te ofrece.
2. Completa la solicitud de ingreso y envíala a: [servicioalcliente@ssspr.com](mailto:servicioalcliente@ssspr.com)

## 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 - Sábado 9:00 a.m. - 6:00 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

Edificio Caribbean Cinemas, Carr. #2 KM 81.0

Suite 101, Arecibo, PR 00612

Lunes - 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.

**PARA ORIENTACIÓN: 787.792.2226**

Al llamar a este número te estarás comunicando con un Representante Autorizado.

# PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA 2021



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

# TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS

## PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA 2021

### ESTIMADO BENEFICIARIO DE MEDICARE CON COMPLEMENTARIA:

Triple-S Salud te ofrece un plan individual de farmacia que 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.

Es una alternativa que te ayudará a reducir tus gastos al comprar medicamentos.

### ¿CÓMO FUNCIONA?

Tendrás 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.

### ¿CUÁLES SON SUS BENEFICIOS?

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

<b>PRIMER NIVEL DE CUBIERTA: (hasta que los costos totalicen \$4,130)</b>	
<b>Abastecimiento hasta 30 días</b>	
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
<b>Abastecimiento de 90 días</b>	
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: (luego de sobrepasar el primer nivel desde \$4,130.01 hasta que el costo total por la compra de medicamentos alcance \$6,550)**

<b>Abastecimiento hasta 30 días</b>	
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
<b>Abastecimiento de 90 días</b>	
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: (luego de sobrepasar el segundo nivel de cubierta hasta que el costo total por medicamentos alcance \$6,550.01 o más)**

<b>Abastecimiento hasta 30 días</b>	
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
<b>Abastecimiento de 90 días</b>	
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-1534-2021-A