

**2021**

# **Resumen de Beneficios Equilibrio**



## **Resumen de Beneficios**

### **Plan de Libre Selección Equilibrio de Triple-S Salud, Inc.**

**Esto es un resumen de los beneficios médicos-hospitalarios ofrecidos bajo el Plan de Libre Selección Equilibrio.**

**1 de junio de 2021 – 31 de mayo de 2022**

La **Cubierta Equilibrio** es un plan de libre selección que se ofrece a los Funcionarios, Empleados y Pensionados del Gobierno de Puerto Rico, sus Municipios e Instrumentalidades participantes. Esto significa que puedes acceder tu cuidado médico libremente dentro de la Red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud sin la necesidad de un referido de un médico primario u otro médico. Triple-S Salud provee los beneficios de la cubierta a los empleados, pensionados y sus dependientes directos y opcionales que hayan adquirido la condición de asegurado y que hayan sufrido lesiones o enfermedad.

Esta información de beneficios es un resumen de la cubierta y lo que tú pagas por el beneficio. Este no enumera todos los servicios que cubrimos, ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos, debes consultar la Guía del Suscriptor.

El área de servicio de los beneficios de esta cubierta es Puerto Rico; los beneficios provistos en esta cubierta están disponibles solo para aquellas personas que residen permanentemente en Puerto Rico.

Esta cubierta ofrece beneficios ambulatorios, servicios de emergencia y urgencia, hospitalización, maternidad y atención al recién nacido, salud mental y abuso de sustancias, servicios de laboratorio, servicios de centros de imágenes, servicios preventivos y de bienestar, medicamentos,

servicios dentales y cuidado de la visión, entre otros.

La **Cubierta Equilibrio** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. En caso de que la guía disponga el pago de un servicio cubierto al asegurado de un plan de libre selección a través de proveedores de servicios no participantes, **excluyendo los servicios de emergencia y de urgencia**, los pagos que haya que hacer por estos servicios en este contrato se descontará al asegurado cualquier cantidad que el asegurado hubiera tenido que pagar por concepto de deducibles, copagos o coaseguros. En caso de que los **servicios de emergencia y urgencia** sean provistos por un proveedor no participante, Triple-S Salud pagará directamente al proveedor a base de la tarifa contratada que se hubiese pagado a un proveedor participante, luego de descontar el copago y coaseguro aplicable, según establecido en la Guía del Suscriptor.

Para más información, puedes llamar a Servicios al Cliente al número de teléfono (787) 774-6070 o visita nuestra página de internet [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

Puedes ver el Directorio de Proveedores de este plan en nuestra página de internet [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

Triple-S Salud, Inc. es un concesionario independiente de *BlueCross and BlueShield Association*. Triple-S Salud, Inc. es una corporación independiente y opera bajo una licencia de la *BlueCross and BlueShield Association*, una asociación de Planes independientes afiliados a la *BlueCross and BlueShield* (la Asociación) permitiendo a Triple-S Salud, Inc. usar la marca de servicio *BlueCross and BlueShield* en Puerto Rico y que Triple-S Salud, Inc. no está contratada como agente de la Asociación.

Visita nuestros Centros de Servicio abiertos al público.

**Triple-S Salud – Oficinas Centrales**

1441 Ave. Franklin D. Roosevelt  
lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

**Plaza Las Américas (2<sup>do</sup> nivel)**

lunes a viernes: 8:00 a.m. – 7:00 p.m.  
sábados: 9:00 a.m. – 6:00 p.m.  
domingos: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.

**Arecibo**

Edificio Caribbean Cinemas,  
Suite 101 Carretera #2  
lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

**Mayagüez**

Carretera 114 Km 1.1  
Bo. Guanajibo  
lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

**Ponce**

2760 Ave. Maruca  
lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

**Plaza Carolina (2<sup>do</sup> nivel)**

lunes a viernes: 9:00 a.m. – 7:00 p.m.  
sábados: 9:00 a.m. – 6:00 p.m.  
domingos: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.

**Caguas**

Edificio Angora  
Ave Luis Muñoz Marín, Esquina Troche  
lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de 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. 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 hablas español, tienes a tu disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llama al 787-774-6060, Libre de costo 1-800-981-3241. (TTY/TDD) al 787-792-1370 o 1-866-215-1919. Si es empleado o retirado federal llame al 787-774-6081, libre de costo 1-800-716-6081; (TTY/TDD) 787-792-1370; libre de costo 1-866-215-1999. Concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Servicios Hospitalarios	Provisiones
Hospitalización (Habitación semiprivada hasta un máximo de 365 días) y Facilidades de Cuidado Extendido / Centro de Rehabilitación; Servicios Ancilares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$300 de copago Hospital Preferido / \$600 hospital no preferido
Unidad de Cuidados Intensivos, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Unidad de Cuidados Neonatal	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Habitación de aislamiento	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Sala de Operaciones, Recuperación y de Maternidad, Medicamentos recetados por médicos durante la hospitalización, están cubiertas	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Oxígeno y su administración	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Materiales y/o Suplidos Desechables	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Dietas Regulares y Especiales	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Servicio regular de cuidado hospitalario	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Cirugía bariátrica	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro. Hasta uno (1) por vida y aplica protocolo médico
Cirugía Ortognática (osteotomía mandibular y maxilar)	Cubierto al 40% de tarifa contratada
Anestesia y su administración incluyendo sedación	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Transfusiones de sangre incluyendo los componentes del proceso autólogo y pruebas de compatibilidad. (Plasma y Plasmaféresis)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluyendo su administración y el examen de compatibilidad.
Pruebas de diagnóstico, radiografías y laboratorios clínicos	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Sonogramas	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Tomografía Computadorizada	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Angiografía Digital y Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Terapia física	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Radioterapia/Quimioterapia	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto como resultado de una Mastectomía, aplica \$300 de copago por la hospitalización en hospital preferido / \$600 en hospital no preferido.
Tratamiento para la Condición Renal (Diálisis y Hemodiálisis)	<p>Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios médico-quirúrgicos, serán cubiertos por los primeros 90 días a partir de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta póliza; o</li> <li>la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.</li> </ul>

Servicios Hospitalarios	Provisiones
	Esto aplicará si las diálisis o hemodiálisis subsiguientes están relacionadas a una misma condición clínica.
Terapia respiratoria	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Otros servicios regulares que se presten normalmente a pacientes hospitalizados que estén incluidos en el contrato, cuidado por día o "per diem" entre Plan y el Hospital.	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica 60% de coaseguro
Procedimientos Quirúrgicos para beneficios incluidos en la cubierta básica durante una hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro
Servicios y consultas de médicos especialistas, sub-especialistas y cirujanos	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Cuidado de Salud en el Hogar	Cubierto al 100%, aplica 40% de coaseguro por visita
Facilidades de enfermería diestra (SNF o "Skilled Nursing Facilities")	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica 70% de coaseguro; hasta 60 días por año contrato
Cirugía neurológica, Cerebrovascular, Cardiovascular y PTCA	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro
Servicios para el diagnóstico, tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, como cualquier enfermedad, aplica copagos o coaseguros del beneficio
Tratamientos para Autismo, incluyendo, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas, terapias ocupacionales, pruebas inmunológicas, pruebas gastroenterología, servicios de nutricionistas y servicios psicólogos, ilimitados según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012.	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica copago o coaseguro del beneficio
Material de curaciones, bandeja quirúrgica (no ortopédica), medicinas, soluciones intravenosas, anestésicos, yeso, material quirúrgico y cualquier otro material curativo disponible en el hospital y que esté definido en el contrato. (No Incluye prótesis e implantes, Cubiertos a través de Gastos Médicos Mayores "Major Medical")	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas de Gases Arteriales	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Hiperalimentación Parenteral y Enteral	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Cirugía Maxilofacial, cuando sea necesaria por motivo de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia del contrato y llevada cabo durante el periodo de cubierta no más tarde de noventa (90) días a partir de la fecha del accidente.	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Cualquier otra instalación hospitalaria, servicio, equipo o material proporcionado por el hospital y	Cubierto al 100% de tarifa contratada

Servicios Hospitalarios	Provisiones
autorizado por el médico de turno y el Plan, no excluidos en contrato.	

Facilidades de Cirugía Ambulatoria	Provisiones
Cirugía ambulatoria en hospitales y facilidades destinadas a brindar este tipo de servicio.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro por cirugía y 40% de coaseguro por facilidad.
Servicios Médicos y Cirujanos	Cubiertos al 100% de la tarifa contratada
Litotricia	Cubierto al 100%, aplica 70% coaseguro, máximo de dos (2) por año póliza
Criocirugía	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica 40% coaseguro; una (1) por año contrato
Ginecomastia	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica 40% coaseguro; una (1) por año contrato

Sala de Emergencia <sup>1</sup> / Sala de Urgencia	Provisiones
Centros de Urgencia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$25 de copago
Emergencia Enfermedad Aguda	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro
Enfermedad Traumática o Accidente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro
Cuando los rayos-x / laboratorios no son parte de la tarifa de sala de emergencias	Cubierto al 100%, aplica 70% de coaseguro
Si es Admitido	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$300 de copago hospital preferido / \$600 hospital no preferido

<sup>1</sup> Estos servicios estarán disponibles durante las veinticuatro (24) horas del día, todos los días del año y **de acuerdo con la definición del Secretario de Salud**. Se **presume** que las siguientes condiciones requieren servicios de emergencia: Accidentes traumáticos, Fracturas, Heridas y laceraciones, Cólicos renales y hepáticos, Infarto del miocardio o insuficiencia coronaria, Embolias pulmonares, Ataque agudo de asma bronquial, Vómitos y diarreas severas, Convulsiones, Episodios neurológicos, Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia, Envenenamiento por indigestión, Hemorragias de todo tipo, Quemaduras, Retención aguda de orina, Presencia súbita de sangre en la orina, con o sin dolor, Condición aguda del prepucio, Pérdida súbita de la visión por cualquiera de los ojos o ambos, Emergencias de Condiciones Mentales y otros de acuerdo al protocolo establecido en servicios de emergencias

Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Generalista	Cubierto al 100%, aplica \$0.00 en Salus, \$12 de copago en la red PPO
Especialista	Cubierto al 100%, aplica \$20 de copago.
Sub Especialista	Cubierto al 100%, aplica \$25 de copago.
Endoscopía / Colonoscopia (Facilidades para pacientes no hospitalizados)	Cubierto al 100%, aplica 60% de coaseguro

Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Cuidado Postoperatorio / Visitas (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.
Facilidades de enfermería diestra (SNF o “Skilled Nursing Facilities”)	Cubierto al 100%, aplica 70% de coaseguro; hasta 60 días por año contrato. Requiere precertificación
Segunda Opinión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina.
Podiatra	Cubierto al 100%, aplica \$20 de copago
Podiatría (Procedimiento quirúrgicos)	Cubierto al 100%, aplica \$20 de copago
Tratamiento de Autismo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. La cubierta para el tratamiento del autismo incluye, pero sin limitación: Pruebas genéticas, Exámenes neurológicos, Inmunología, Gastroenterología, Nutrición, Psicología, Terapia ocupacional y Terapia física
Pruebas de Alergias	Cubierto al 100%, aplica 50% de coaseguro; hasta 50 pruebas y vacunas combinadas
Inyecciones (Vacunas) para Alergia	Cubierto al 100%, aplica 50% de coaseguro; hasta 50 pruebas y vacunas combinadas
Quiropráctico	Cubierto al 100%, aplica \$20 de copago, hasta 20 sesiones por año, en combinación con servicios de terapia física
Nutricionista	Cubierto al 100%, aplica \$12 de copago, hasta 12 sesiones por año
Ambulancia Terrestre	Hasta \$80.00 por reembolso
Ambulancia aérea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un (1) servicio por año, por asegurado, según los protocolos establecidos
Quimioterapia inyectable y oral	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro
Radioterapia	Cubierto al 100% aplica 40% de coaseguro
Inyecciones Intra-articulares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica. Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.
Bloqueo Neurológico Selectivo e Inyecciones Epidurales de Esteroides	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% y copagos de visitas en la oficina
Trabajador Social	Cubierto al 100%, aplica \$20 de copago, a través de reembolso
Diálisis y Hemodiálisis	Cubierto, los primeros 90 días a partir del diagnóstico. Aplica 40% de coaseguro
Equipo Médico Duradero (DME)	Cubierto al 50% de las tarifas contratadas

<b>Outpatient – Rehabilitación a corto plazo y medicina física</b>	<b>Provisiones</b>
Terapia ocupacional	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica 40% de coaseguro Hasta un máximo de 30 terapias por año contrato combinado con terapia del habla
Terapia física	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica 40% de coaseguro; hasta 20 terapias por año, en combinación con servicios de quiroprácticos
Servicios de Habilitación	Al menos para 20 terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar. Aplica 40% de coaseguro
Terapia respiratoria	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica 40% de coaseguro
Terapia del habla	Cubierto al 100%, de la tarifa contratada; aplica 40% de coaseguro. Hasta un máximo de 30 terapias por año contrato combinado con terapia ocupacional

<b>Servicios Ambulatorios</b>	<b>Provisiones</b>
Laboratorios	Cubierto al 100%, aplica 70% de coaseguro
Laboratorios Patológicos	Cubierto al 100%
Rayos-X	Cubierto al 100%, aplica 0% de coaseguro en Salus, 70% de coaseguro en Selective
Examen de pre-admisión en una Institución Hospitalaria	Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico. Aplica coaseguros.
Laboratorio Cardiovascular No Invasivo (Persantine oThallium)	Cubierto al 100%, aplica 60% de coaseguro; uno (1) de cada tipo por año contrato
Holter Test	Cubierto al 100%, aplica 70% de coaseguro; uno (1) de cada tipo por año contrato
Cardiac Color FlowDoppler	Cubierto al 100%, aplica 60% de coaseguro; uno (1) de cada tipo por año contrato
Laboratorio Periferovascular No Invasivos	Cubierto al 100%, aplica 60% de coaseguro
CT Scan	Cubierto al 100%, aplica 40% de coaseguro, hasta dos (2) por año contrato
Laparoscopias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro
Densitometría ósea (prueba de la densidad del hueso)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, 1 procedimiento por año contrato
Criocirugía del Útero	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 40% de coaseguro; hasta uno (1) procedimiento por año contrato
Ecocardiograma	Cubierto al 100% aplica 60% de coaseguro, hasta dos (2) prueba por año contrato
Procedimientos diagnósticos invasivos: Cardiovasculares y no-invasivos	Cubierto al 100%, aplica 50% de coaseguro
Electrocardiograma	Cubierto al 100%, aplica 60% de coaseguro
Electromiogramas	Cubierto al 100%, hasta dos (2) aplica 60% de coaseguro
Electroencefalograma (EEG)	Cubierto al 100%, hasta una (1) prueba por año contrato, aplica 60% de coaseguro

Servicios Ambulatorios	Provisiones
Electroencefalograma (EEG) de 24 horas	Cubierto al 100%, hasta una (1) prueba por año contrato, aplica 60% de coaseguro
MRA	Cubierto al 100%, aplica 60% coaseguro, hasta uno (1) prueba por año contrato
MRI	Cubierto al 100%, aplica 60% coaseguro, hasta uno (1) prueba por año contrato
Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100%, hasta uno (1) por región anatómica por año contrato, aplica 60% de coaseguro
Estudio Neurológico (Periférico, Cerebral, Vascular No Invasivo y Electroencefalograma)	Cubierto al 100%, aplica 60% de coaseguro
Procedimientos Diagnósticos Invasivos: Cardiovasculares (Cateterismo), Cerebrovasculares, Neurológicos (Angiografías Cerebrales, Mielograma), Radiología Invasiva	Cubierto al 100%, aplica 50% de coaseguro
PET/CT Scan	Cubierto al 60% de la tarifa contratada. Hasta 1 por año contrato Requiere precertificación
Gamma Knife	Cubierto al 100%, aplica 50% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Estudio del Sueño (Polisomnografía)	Cubierto al 60% de la tarifa contratada. Hasta 1 por año contrato Requiere precertificación
Sonogramas	Cubierto al 60% de la tarifa contratada. Hasta 1 por región anatómica año contrato. Sonograma obstétrico cubierto hasta 3 por año.
Pruebas de Velocidad de Conducción Nerviosa	Cubierto al 60% de la tarifa contratada. Hasta 2 pruebas de cada una por persona asegurada por año.
Tomografía	Cubierto al 60% de la tarifa contratada. Hasta 2 prueba por persona asegurada por año contrato
Timpanometría y Audiometría	Cubierto al 60% de la tarifa contratada. Hasta 1 estudio por oído por año contrato
Stress Test	Cubierto al 60% de la tarifa contratada. Hasta 1 por año contrato
Manometría de Esófago	Cubierto al 60% de la tarifa contratada. Hasta 1 prueba por persona asegurada por año contrato
Potenciales Evocados	Cubierto al 100%, aplica 50% de la tarifa contratada
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100%, aplica 50% de coaseguro
Tirillas, lancetas y bomba portátil de infusión de insulina	150 tirillas y 150 lancetas mensuales y bomba portátil de infusión de insulina, ambas cubiertas para pacientes menores de veintiún (21) años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo; que requieran el uso de la bomba portátil, de conformidad con lo establecido por el Centers for Medicare & Medicaid Services. Los criterios de elegibilidad están establecidos en el Artículo 2 de la Ley Núm. 177 del 13 de agosto de 2016. La Ley establece que este beneficio estará incluido en la cubierta básica a ser ofrecida al asegurado. Cubierto al 100%
Facilidades de enfermería diestra (SNF o "Skilled Nursing Facilities")	Cubierto al 100%, aplica 70% de coaseguro; hasta 60 días por año contrato

Beneficio de Maternidad	Provisiones
Visita Inicial para confirmar el embarazo	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$20 de copago
Todas las visitas prenatales subsiguientes, visita postnatal y gastos por parto (Tarifa de maternidad)	Cubierto al 100% de tarifa contratada, aplica \$20 de copago
Hospitalización para parto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$300 de copago hospital preferido / \$600 hospital no preferido
Hospitalización para Parto por Cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$300 de copago hospital preferido / \$600 hospital no preferido
Servicios Médicos de Ginecología y Obstetricia durante el parto o cesárea	Cubierto al 100% de tarifa contratada, incluidos en la hospitalización
Parto, incluyendo Cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Sala de parto y Recuperación	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Incubadora y "Nursery"	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedio, Coronario y de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Monitoreo fetal en paciente hospitalizado (producción e interpretación)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Monitoreo fetal en paciente no hospitalizado (producción e interpretación) y medicación (progesterona, Hormona 17p) para embarazo de alto riesgo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Amniocentesis Genética	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 50% de coaseguro
Esterilización concurrente con el Parto Circuncisión y Dilatación (Durante el periodo de alumbramiento y en cualquier momento que sea médicamente necesario, sin importar la edad del paciente)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Aborto involuntario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Cuidado del bebé	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Prueba Universal Neonatal de Ceñimiento Auditivo según Ley 311 con fecha del 19 de diciembre de 2003	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Sonogramas obstétricos	Aplica 60% de tarifa contratada, hasta 3 por año póliza
Vacuna Rhogam	Cubierto al 100% de tarifa contratada, a través de la cubierta de farmacia y aplica coaseguro
Cargos de Recién Nacidos	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, mientras la madre esté en la facilidad.
Maternidad para los hijos de dependientes	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, luego del copago de admisión.
Beneficios detallados para la Maternidad de Dependientes	Se cubrirán los servicios de maternidad para los dependientes directos y opcionales, del asegurado principal, incluyendo hijos menores de veintiséis (26) años hasta que el embarazo llegue a término; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está hospitalizada. Servicios hospitalarios cubiertos al 100%, luego del copago de admisión.

Beneficio de Maternidad	Provisiones
Perfil biofísico	Cubierto al 100% aplica 50% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo
Bomba de Lactancia Manual (no incluye suplidos)	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.

Servicio Preventivo / Bienestar	Provisiones
Teleconsulta 24/7	<p>Orientación de salud disponible 24 horas. En caso de que se sienta enfermo, llame a Teleconsulta al 1-800-255-4375 y nuestros profesionales de enfermería le ofrecerán asesoramiento para que decida si debe: hacer una cita médica, visitar una sala de emergencia, o le darán indicaciones para que pueda aliviar de forma segura y confiable los síntomas que presente, en la comodidad de su hogar.</p> <p>Teleconsulta le ofrece como beneficio que si la recomendación del profesional de la enfermería en caso de enfermedad es: “visitar una Sala de Emergencia” se le dará un número; el cual le exonerará o reducirá el pago del deducible de la Sala de Emergencia (disponible solo en Puerto Rico). No aplica a accidentes.</p>
Examen anual (Laboratorios/Rayos-X)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago o coaseguro de visita aplicable. Para adultos y niños, según definido por el <i>United States Preventive Services Task Force</i> .
Todos los servicios preventivos según definido por el <i>United States Preventive Services Task Force</i> y requeridos por las leyes federales <i>Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148</i> (PPACA) y la <i>Health Care and Education Reconciliation Act</i> de 2010, <i>Public Law No. 111-152</i> (HCERA)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Prueba Anual “Pap Smear”	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Prueba Anual del Papanicolau (PAP) <sup>2</sup>	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Nutricionista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada

Servicios de Planificación Familiar	Provisiones
Vasectomía	Cubierto al 100%, aplica copago de visita. Hasta un (1) procedimiento por vida

<sup>2</sup> Triple-S Salud requerirá a los Proveedores de Servicios que las pruebas de laboratorios o cualquier otro servicio incluido en la Cubierta Básica tendrá que ser enviado a un proveedor participante de Triple-S Salud.

Servicios de Planificación Familiar	Provisiones
Esterilización ambulatoria	Cubierto al 100% de tarifas contratada, aplica copago y coaseguros de acuerdo con la especialidad.
Contraceptivos Orales	Cubierto al 100% a través de la cubierta de farmacia, según establece la Ley Federal PPACA.

Vacunas	Provisiones
Vacunas aprobadas bajo el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago \$0 por vacuna
<b>Vacunas según itinerario de Administración Rutinaria Vacunas para Niños y Adolescentes Departamento de Salud de Puerto Rico</b>	
Influenza tipo B	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis A	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis B	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Human Papillomavirus (HPV)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Inactive Poliovirus	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Sarampión	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Meningococo	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Varicela	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Pediarix	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Prevnar	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
PCV (pneumococcal conjugate)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Rotavirus	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial	Cubierto al 100% de tarifas contratada, aplica 70% de coaseguro, después del copago de visita médica.
<b>Vacunas para adultos</b>	
Hepatitis A	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis B	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Shingrix	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Human Papillomavirus (HPV)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.

Vacunas	Provisiones
Meningococo	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Neumococo	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Varicela	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Las vacunas preventivas sin copago aplican de acuerdo con las disposiciones del <i>United States Preventive Services Task Force</i> .	

Servicios de Ambulancia	Provisiones
Ambulancia Aérea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un (1) servicio por año, por asegurado, según los protocolos establecidos
Ambulancia Terrestre <sup>3</sup>	Cubierto a través de reembolso. Máximo de \$80.00 por cada emergencia médica.

<sup>1</sup> La ambulancia deberá estar autorizada por la Comisión de Servicio Público.

Servicios para Condiciones Mentales, Uso y Abuso de Sustancias Controladas	Provisiones
Hospitalización Siquiátrica / Condiciones Mentales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$300 de copago Hospital Preferido / \$600 hospital no preferido.
Hospitalización Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$300 de copago Hospital Preferido / \$600 hospital no preferido
Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100%
Hospitalización Parciales para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 20% de coaseguro Hospital Preferido / 40% hospital no preferido
Hospitalización Parciales para Condiciones Mentales	Cubierto al 100% aplica \$20 de copago.
Tratamiento para cesar de fumar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta un máximo de \$400 por asegurado,
Vistas pacientes hospitalizados para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% aplica \$20 de copago.
Vistas Ambulatorias para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% aplica \$20 de copago.
Visitas de Terapias de Grupo	Cubierto al 100% después de \$20.00 de copago, según requerido por ley de salud mental federal.
Visitas y servicios de tratamientos residenciales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 70% de coaseguro. Requiere precertificación.

<b>Medicina Alternativa</b>	<b>Provisiones</b>
Quiropráctico	20 sesiones por año combinadas con terapia física. Aplica \$10.00 de copago de especialista
Terapias alternativas (Triple-S Natural)	<p>\$15.00 de copago por cada visita. El programa está disponible solo a través de las facilidades participantes del Programa e incluye los siguientes tipos de terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Salud integral y complementaria</li> <li>Acupuntura médica</li> <li>Masaje terapéutico</li> <li>Medicina naturopática</li> <li>Medicina bioenergética</li> <li>Hipnoterapia</li> <li>Medicina tradicional china</li> <li>Reflexología</li> <li>Nutrición clínica</li> <li>Medicina botánica</li> <li>Aromaterapia</li> <li>Musicoterapia</li> </ul> <p>Se cubren 6 visitas por año póliza, por persona asegurada</p>

<b>Servicios Fuera de Puerto Rico</b>	<b>Provisiones</b>
Cuidado de Emergencia	Aplica 50% de coaseguro Servicios de Emergencia fuera de la isla a cargos razonables y habituales.

<b>Trasplante de Órganos y Tejidos</b>	
Trasplante de órganos (Médula ósea, Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón, Páncreas, Corazón-Pulmón, Páncreas-Riñón, Venas y Arterias e Intestino Delgado)	Cubierto por Gastos Médicos Mayores, hasta \$1,000,000.00 por año, por asegurado para todos los servicios cubiertos
Coaseguro	20% de coaseguro para todos los servicios cubiertos, excepto los gastos por transportación, comida y alojamiento.
Trasplantes	Médula ósea, Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón, Páncreas, Corazón-pulmón, Páncreas-Riñón, Venas y Arteria e Intestino delgado. Incluye:  <b>Recipiente</b> – Se cubrirán los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluyendo el cuidado postquirúrgico y las drogas inmunosupresoras. <b>Obtención de órganos</b> – se cubrirán los gastos relacionados a la obtención de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto.
Retrasplantes	Hasta el beneficio máximo establecido en la cubierta
Servicios post-trasplante	Hasta el beneficio máximo establecido en la cubierta
Inmunosupresores	Hasta el beneficio máximo establecido en la cubierta
<b>Transportación y gastos de comida y alojamiento</b>	Cubre gastos de transportación desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante (dos acompañantes en caso de un menor de edad) y los gastos de comida y alojamiento a razón de ciento cincuenta dólares (\$150.00) diarios para el paciente y un acompañante y doscientos dólares (\$200.00) diarios para el paciente y dos acompañantes (padres o personas que tienen la custodia legal del paciente que es menor de 19 años de edad). Se establece un límite de diez mil dólares (\$10,000.00) por año de cubierta y sujeto al beneficio máximo establecido por vida para cubrir todos estos gastos.
<b>Médula Ósea</b>	Cubre, obtención, incluye donación y almacenaje de médula ósea, tratamiento de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante de médula. Se cubren los trasplantes mediante donación o auto-donación (alogénicos, autólogos y singenésicos).

Gastos Médicos Mayores	Provisiones
El Beneficio Máximo aplicable a esta cubierta es de \$1, 000,000.00 por vida por cada persona asegurada. El beneficio máximo estará limitado por los gastos que deberán ser cubiertos, ocasionados por servicios médicos. Se requiere pre-autorización	
Coaseguro	20% de coaseguro
Deducible Anual (familia)	\$100 individual / \$300 familia
Desembolso Máximo Anual	\$6,350 individual / \$12,700 familia. Referirse a la Parte 6.13 para mayor detalle.
Equipo Médico Duradero (DME)	Cubierto al 80% de las tarifas contratadas, después del deducible de Gastos Médicos Mayores, sujeto a protocolo y precertificación hasta \$10,000 por año póliza.
Equipo Ortopédico y Ortótico	Cubierto al 80% de las tarifas contratadas, después del deducible de Gastos Médicos Mayores, sujeto a protocolo y precertificación hasta \$5,000 por año póliza.
Equipo Tecnológico – Ventilador Mecánico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, Incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento en terapias respiratorias, relacionados con el uso del ventilador mecánico, así como las terapias físicas y ocupacionales hasta un máximo de 8 horas de servicio diario para pacientes menores de 21 años. Estos servicios están cubiertos sujeto a evidencia y de justificación médica. Además de evidencia de inscripción en el registro que el Departamento de Salud definió para este diagnóstico y tratamiento. También incluye suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos relacionados con ventiladores mecánicos
Prótesis	Aplica 20% de coaseguro luego de acumular el deducible anual de la cubierta y hasta un máximo de \$10,000 por año póliza. Requiere precertificación.
Mamoplastías	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, sujeto a protocolo médico y precertificación hasta \$5,000 máx.
Hospitalización Electiva – Servicios Fuera de Puerto Rico	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores. 20% de coaseguro luego de acumular el deducible anual de la cubierta. Servicios para aquellos casos donde se requiere equipo, facilidades, o tratamiento médico-quirúrgico u hospitalario que no están disponibles en Puerto Rico. Es necesario obtener la precertificación de Triple-S Salud antes de la prestación de los servicios.
Trasplante de Órganos	20% de coaseguro hasta \$1,000,000.00 por año, Requiere precertificación.
Terapia física	Cubre exceso de la cubierta básica. Aplica 20% de coaseguro luego de acumular el deducible anual de la cubierta.
Hospicio	20% de coaseguro luego de acumular el deducible anual de la cubierta, requiere precertificación.
Litotricia	El exceso de la básica hasta \$5,000.00 por año póliza y sujeto a pre autorización.

Cubierta de Visión	Provisiones
Examen de la Vista (Refracción)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$10.00. Hasta uno (1) por año, cubierto a través de Ivision International.
Plan de Espejuelos o Lentes de contactos	Una montura de la Colección <i>Preferred</i> y un par de lentes a través de Ivision International, o un par de lentes de contacto en vez de espejuelos, por año póliza, hasta un valor de \$150.00
In-Network Plan - Proveedores contratados por Ivision International	Servicio:  Visión sencilla - \$18.00 de copago Bifocales - \$20.00 de copago Lentes de contacto - \$36.00 de copago Monturas* - \$18.00 de copago

Dental	Provisiones
<b>DIAGNOSTICO Y PREVENTIVO</b>	
D0150 Examen oral inicial	Cubierto al 100%
D0120 Examen oral periódico	Cubierto al 100%. Uno cada 6 meses.
D0140 Examen oral Emergencia	Cubierto al 100%. Uno cada 6 meses.
D0180 Evaluación periodontal comprensiva	Cubierto al 100%
D1110 Profilaxis - adulto	Cubierto al 100%. Uno cada seis (6) meses, 12 años en adelante.
D1120 Profilaxis - niños	Cubierto al 100%. Uno cada (6) meses. Hasta los 12 años.
D1208 Aplicación de Fluoruro	Cubierto al 100%. Menores de 19 años, uno cada seis (6) meses.
D1351 Sellantes de Fisura por diente	Cubierto al 100%. Hasta los 14 años, por diente, por vida, en premolares y molares permanentes.
<b>RADIOGRAFÍAS</b>	
D0210 Serie completa de Radiografías Intraorales	Cubierto al 100%. Uno cada tres (3) años.
D0220 Radiografía Periapical Intraoral	Cubierto al 100%. Uno (1) por año contrato.
D0230 Radiografía Periapical adicional	Cubierto al 100%. Hasta cinco (5) por año contrato
D0270 Radiografía de Mordida	Cubierto al 100%
D0272 Radiografía de Mordida- -two films	Cubierto al 100%. Un (1) set por año contrato.
D0330 Radiografía Panorámica	Cubierto al 100%. Uno cada tres (3) años
D0460 Prueba de vitalidad	Cubierto al 100%
Códigos D0210 y D0330 uno es excluyente del otro	Cubierto al 100%
<b>MANTENEDORES DE ESPACIOS</b>	
D1510 Mantenedores de espacio fijos – bilateral	Cubierto al 30%. Uno (1) por área, por vida, sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente
D1516, D1517 mantenedores de espacio fijo maxilar y mandibular	Cubierto al 30%. Uno (1) por área, por vida, sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente
<b>RESTAURATIVO</b>	
<b>Amalgamas</b>	
D2140 Amalgama 1 superficie	30% de coaseguro

Dental	Provisiones
D2150 Amalgama 2 superficies	30% de coaseguro
D2160 Amalgama 3 superficies	30% de coaseguro
D2161 Amalgama 4 o más superficies	30% de coaseguro
<b>RESINAS</b>	
D2330 Resina (1) una superficie	30% de coaseguro
D2331 Resina (2) dos superficies	30% de coaseguro
D2332 Resina (3) tres superficies	30% de coaseguro
D2335 Resina (4) cuatro superficies	30% de coaseguro
D2391 Resina posterior permanente, una (1) superficie	30% de coaseguro
D2392 Resina posterior permanente, dos (2) superficies	30% de coaseguro
D2393 Resina posterior permanente, tres (3) superficies	30% de coaseguro
<b>RESTAURACIONES</b>	
D2740 corona-porcelana /cerámica substrate	30% de coaseguro
D2940 Restauración sedativa	30% de coaseguro
<b>ENDODONCIA</b>	
D3220 Pulpotomía (Root Canal de niño)	30% de coaseguro
D3310 Endodoncia anterior permanente, (Root Canal de adulto)	30% de coaseguro
D3320 Endodoncia en premolar, (Root Canal de adulto)	30% de coaseguro
D3330 Endodoncia en molares permanentes	30% de coaseguro
<b>PROSTODONCIA</b>	
D2752 Corona individual porcelana fundida en metal o cualquier otra	30% de coaseguro
<b>PERIODONCIA</b>	
D4341; D4342 Curetaje gingival por cuadrante con reporte	30% de coaseguro
D4910 Mantenimiento Periodontal	30% de coaseguro
<b>CIRUGIA ORAL</b>	
D7140 Extracciones sencillas/raíz expuesta	30% de coaseguro
D7210 Extracción quirúrgica de dientes impactados la cual requiere colgajo y remoción de hueso	30% de coaseguro
D7220 Remoción quirúrgica de dientes impactados en tejido blando	30% de coaseguro
D7230 Remoción quirúrgica de dientes parcialmente impactados en tejido blando	30% de coaseguro
D7240 Remoción quirúrgica de dientes completamente impactados en hueso	30% de coaseguro
D7250 Remoción de raíces quirúrgicamente mediante remoción de hueso y colgajo	30% de coaseguro
D7510 Tejido Intraoral	30% de coaseguro
D7960 Cirugía de frenillo	30% de coaseguro
<b>SERVICIOS GENERALES</b>	
D9910 Aplicación de desensitizante	30% de coaseguro
D9930 Complicación postcirugía	30% de coaseguro

Dental	Provisiones
Cualquier otro servicio que no esté expresamente excluido en la cubierta y que no esté catalogado como procedimiento nuevo o experimental y para el cual Triple-S Salud determinó su inclusión luego de ser evaluado como parte de su política médica	Aplica copago o coaseguro según el servicio prestado
Máximo Anual	No aplica a niños menores de 19 años

Para algunos de los siguientes servicios, el dentista someterá un informe médico del servicio(s) al plan médico para la precertificación de los mismos. Estos servicios tendrán un 30% de coaseguro.

Dental	Provisiones
D5110 Dentadura completa maxilar	30% de coaseguro, requiere precertificación
D5120 Dentadura completa mandibular	30% de coaseguro requiere precertificación
D5213 Dentadura parcial maxilar	30% de coaseguro requiere precertificación
D5214 Dentadura parcial mandibular	30% de coaseguro requiere precertificación
D5510 Reparación de dentadura completa	30% de coaseguro
D5421 Ajuste Parcial Maxilar	30% de coaseguro
D5422 Ajuste Parcial Mandibular	30% de coaseguro
D5630 Reparar o reemplazar gancho	30% de coaseguro
D5640 Reponer diente parcial	30% de coaseguro
Cualquier otro servicio que no esté expresamente excluido en la cubierta y que no esté catalogado como procedimiento nuevo o experimental y para el cual Triple-S Salud determinó su inclusión luego de ser evaluado como parte de su política médica	Aplica copago o coaseguro según el servicio prestado

Todos los servicios tendrán un beneficio máximo de \$1,000 por año contrato. El beneficio máximo no aplica a los servicios diagnósticos, preventivos, restaurativos, extracciones y endodoncia que reciban los asegurados menores de 19 años, según requerido por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA).

Cubierta de Farmacia	Provisiones
Copago	<p><b>Despacho a través de la Red Preferida de Farmacias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0 copago</b> para anticonceptivos requeridos por Ley Federal con receta médica y medicamentos de quimioterapia oral.</li> <li>• <b>\$0 copago</b> para medicamentos genéricos bajo las siguientes categorías: antihipertensivo, antidiabético, antidepresivo, hiperlipidemia, fallo cardíaco crónico, anticonvulsivo, antiespasmódico.</li> <li>• <b>Red Preferida: \$5.00</b> en medicamento genérico por medicamento.</li> <li>• <b>Red no preferida: 20% de coaseguro mínimo \$10.00</b> en medicamento genérico por medicamento.</li> <li>• <b>Red Preferida: 30%</b> en medicamento de marca preferido por medicamento.</li> <li>• <b>Red no Preferida: 95%</b> en medicamento de marca preferido por medicamento.</li> <li>• <b>Red Preferida: 50%</b> en medicamento de marca no preferido por medicamento.</li> <li>• <b>Red no Preferida: 95%</b> en medicamento de marca no preferido por medicamento.</li> <li>• <b>Red Preferida: 95% de coaseguro</b> para productos especializados preferidos.</li> <li>• <b>Red no Preferida: 95% de coaseguro</b> para productos especializados no preferidos.</li> </ul> <p><b>Todo medicamento cuyo costo total sea menor de \$8.00, no estará cubierto.</b></p> <p><b>Despacho a través de la Red de Farmacias Especializadas (CVS Caremark Specialty Pharmacy, Best Option y Walgreens Specialty Pharmacy)</b></p>
Contraceptivos	Cubierto, aquellos aprobados por la FDA según requiere la Ley Federal
Uso de medicamentos “Off Label”	Medicamentos con leyenda federal, los cuales serán cubiertos al ser prescritos de manera médicamente apropiada y que además el uso “off label” esté reconocido en literatura médica o referencia médica standard.
Despacho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinta (30) días de medicación para las drogas psicoterapéuticas.</li> <li>• Treinta (30) días de medicación para las vitaminas prenatales con leyenda, no tienen repeticiones.</li> </ul>

Cubierta de Farmacia	Provisiones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los medicamentos de mantenimiento el despacho será de treinta (30) días de medicación por vez y para éstos se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito hasta cinco (5) repeticiones</li> <li>• Los medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiazepinas (Ejemplo: Xanax®, Tranxene® y Halcion®) estarán cubiertos cuando sean recetados por psiquiatras. Los medicamentos psicoterapéuticos estarán cubiertos con abastecimiento para 15 días con repeticiones si son recetados por psiquiatras o neurólogos. Si son recetados por otras especialidades se cubrirá el abastecimiento para 15 días sin repeticiones.</li> </ul>
<p>Suministro de medicamentos de 90 días por correo o <i>Retail</i> (al detal) a través de la red de farmacias participantes de este programa.</p> <p>Para recibir información y registrarse en el programa de medicamentos por correo llame al 1-866-560-5881.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Retail</i> (al detal)- suministro de 90 días <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Red Preferida: \$10.00</b> en medicamento genérico por medicamento.</li> <li>• <b>Red no preferida: 15% de coaseguro mínimo \$20.00</b> en medicamento genérico por medicamento.</li> <li>• <b>Red Preferida: 23%</b> en medicamento de marca preferido por medicamento.</li> <li>• <b>Red no Preferida: 72%</b> en medicamento de marca preferido por medicamento.</li> <li>• <b>Red Preferida: 38%</b> en medicamento de marca no preferido por medicamento.</li> <li>• <b>Red no Preferida: 72%</b> en medicamento de marca no preferido por medicamento.</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos por correo <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$10.00 de copago</b> en medicamento genérico por medicamento.</li> <li>• <b>23%</b> en medicamento de marca preferido por medicamento.</li> <li>• <b>38%</b> en medicamento de marca no preferido por medicamento.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Los productos especializados no aplican para el despacho de 90 días</b></p>
Máximo Anual	Hasta \$2,000 aplican los copagos y coaseguros establecidos en la cubierta. Luego de esta cantidad, aplica un 50% de coaseguro, excepto para los anticonceptivos según requeridos por la Ley Federal que aplica \$0 copago y para quimioterapia oral aplica 40% de coaseguro.
Terapia Escalonada	Sí
Mandatorio	Sí

Cubierta de Farmacia	Provisiones
Genérico/Bioequivalente	
Incluye el medicamento Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de aplicar el copago o coaseguro según el nivel del medicamento en la Lista de Medicamentos.
Medicamentos para el tratamiento de hábito de fumar	Cubiertos hasta un máximo de \$400 anuales por asegurado o suscriptor
Permitir que el proveedor obvie la regla Genérica	No
Incluye Nuevos Medicamentos	Si
Coordinación de Beneficios en Farmacia “no pay” rule	COB No se aplica la regla de pago
Psicotrópicos bajo el Programa de 90 días	No