

**2021**

# **Resumen de Beneficios Care Plus Medigap**



## Resumen de Beneficios

### Cubierta Care Plus Medigap de Triple-S Salud, Inc.

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

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

Para los Pensionados del Gobierno de Puerto Rico, Triple-S Salud la cubierta **Care Plus Medigap** ofrece dos Modelos de Beneficios: Modelo C y Modelo D.

El **Modelo C** 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. Este modelo aplica a los afiliados que cumplan 65 años en o antes del 31 de diciembre de 2019, queden incapacitados o tienen Medicare antes de esa fecha.

El **Modelo D** es un plan que te cubre el deducible de la Parte A y los coaseguros establecidos para los beneficios cubiertos en la Parte A y Parte B del Programa Medicare. Esto es, cubre todos los beneficios del Modelo C, excepto el deducible anual de la Parte B de Medicare. Este Modelo D aplica a los afiliados que cumplan 65 años a partir del 1 de enero de 2020 o quedan incapacitados después de esa fecha. Cubre todos los beneficios del Modelo C excepto el deducible anual de la Parte B de Medicare.

La cubierta **Care Plus Medigap** 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.

Si visitas un médico o proveedor participante de Medicare y Triple-S Salud presentas 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 Care Plus.

## Plan – C

(Asegurados Elegibles a Medicare antes del año 2020)

<b>MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS</b>			
<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>MODELO-C PAGA</b>	<b>TU PAGAS</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b>			
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	
<b>CUIDADO EN FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>			
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
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>CUIDADO EN UN HOSPICIO</b> 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
<p><b>GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO</b>, 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.</p> <p>Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***</p>	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)	\$0

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

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

## PARTE A Y PARTE B DE MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	TU PAGAS
<b>CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b> 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
<b>VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR MEDICARE</b> 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	\$0	\$0	\$250 20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000
Restante de los Cargos	\$0	80% Hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000	\$50,000

## Plan – D

(Asegurado Elegible a Medicare a partir de año 2020)

<b>MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS</b>			
<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>MODELO-D PAGA</b>	<b>TU PAGAS</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b>			
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
<b>CUIDADO EN FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>			
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
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>CUIDADO EN UN HOSPICIO</b> 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
<p><b>GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO</b>, 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.</p> <p>Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***</p> <p>Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p style="text-align: center;">Generalmente 80%</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p style="text-align: center;">Generalmente 20%</p>	<p style="text-align: center;">\$203 (Deducible de la Parte B)</p> <p style="text-align: center;">\$0</p>

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
<p>Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)</p> <p><b>SANGRE</b></p> <p>Primeras 3 pintas</p> <p>Próximos \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***</p> <p>Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare</p> <p><b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p style="text-align: center;">\$0</p> <p style="text-align: center;">\$0</p> <p style="text-align: center;">80%</p> <p style="text-align: center;">100%</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p style="text-align: center;">Todos los costos</p> <p style="text-align: center;">\$0</p> <p style="text-align: center;">\$0</p> <p style="text-align: center;">20%</p> <p style="text-align: center;">\$0</p>	<p style="text-align: center;">Todos los costos</p> <p style="text-align: center;">\$0 \$203 (Deducible de la Parte B)</p> <p style="text-align: center;">\$0</p> <p style="text-align: center;">\$0</p>

## PARTE A Y PARTE B DE MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
<b>CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b> 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.

<b>OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE</b>			
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
<b>VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR MEDICARE</b> 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	\$0	\$0	\$250
Restante de los Cargos	\$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 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

Empleados Gubernamentales 2021 (Care Plus Medigap Modelo C y D)

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.