



GUÍA DE TU PLAN DE SALUD 2024

PUERTO RICO



EMPLEADOS Y RETIRADOS FEDERALES





Estamos Contigo

Nuestra misión es habilitar vidas saludables. Por eso nos aseguramos de cuidar tu salud física, mental y emocional. Queremos que estés bien cuidado, desde la prevención hasta el cuidado de una condición de salud o posible hospitalización.

Esta guía te ayudará a conocer cómo funciona tu plan y todos los servicios que tienes disponibles con Triple-S. Révisala y aprovecha todo lo que tenemos para ofrecerte.



BlueCross BlueShield
of Puerto Rico

Tu bienestar es nuestro plan, por eso te ofrecemos beneficios más completos que se ajustan a ti y a tu familia. Mira la **NUEVO** que tenemos para ti a partir del 1 de enero de 2024.

- ✓ **TELECONSULTA MD - NUEVO \$0 copago** en consultas virtuales ilimitadas con médicos primarios, especialistas y sicólogos.

- ✓ **\$0 COPAGO** en la prueba de **tiroide**.*

- ✓ **\$0 COPAGO** en la prueba de **antígeno prostático** específico (PSA).*

- ✓ **\$0 COPAGO** en **mamografía de cernimiento con tomosíntesis digital** (Bilateral).

- ✓ **SALAS DE URGENCIA - \$50 de copago en Sanitas Medical Centers** para cuidados de urgencia si viajas al estado de Florida.

- ✓ **CUBIERTA DE INFERTILIDAD extendida** para cubrir tratamientos y procedimientos de infertilidad, sin un máximo de por vida, sujeto a preautorización previa y a través de reembolso.

Para más detalles de estos cambios en tus beneficios revisa la Sección 2 de tu Póliza FEHB 2024. También puedes visitar www.ssspr.com/federal para obtener tu póliza FEHB 2024 completa o para más información.

**Estamos contigo en cada paso del camino.
¡Gracias por confiarnos tu salud!**

*Una vez al año, como parte de tus servicios preventivos. Pruebas adicionales: \$1 copago.



TeleConsulta

¿Te sientes mal y no sabes qué hacer?

Nuestros profesionales de enfermería están disponibles 24/7 a través del teléfono para orientarte sobre cómo manejar tu situación de salud y recomendarte próximos pasos.



Llama al 1.800.255.4375

(el número también está en tu tarjeta del plan)

TeleConsulta MD

Consultas virtuales con médicos primarios, especialistas y sicólogos

Regístrate hoy mismo de manera gratuita para que tú y tu familia puedan consultar a un médico de modo virtual la próxima vez que se enfermen. Es una gran opción cuando tu médico no está disponible.

- Agiliza el proceso de ver un médico.
- Recibe recetas electrónicas en tu farmacia preferida cuando las necesites de manera rápida y sencilla.

¡Médicos a solo un clic!



Servicio disponible sólo en Puerto Rico.

¡NUEVO!



Visitas virtuales ilimitadas



TRIPLE-S_{Rx} en casa

Ordena y recibe medicamentos recetados y Over the Counter (OTC) a tu hogar o donde necesites, sin costo de entrega.

- Compra medicinas.
- Envía tus recetas electrónicamente.
- Ordena tus OTC sin receta.

Cuidadores ya pueden registrarse y solicitar autorización para manejar y ordenar recetas de medicamentos y OTC.

¡Descarga la aplicación y regístrate hoy!



Para más información
triplesencasa.com
1.888.525.4842
 libre de cargos

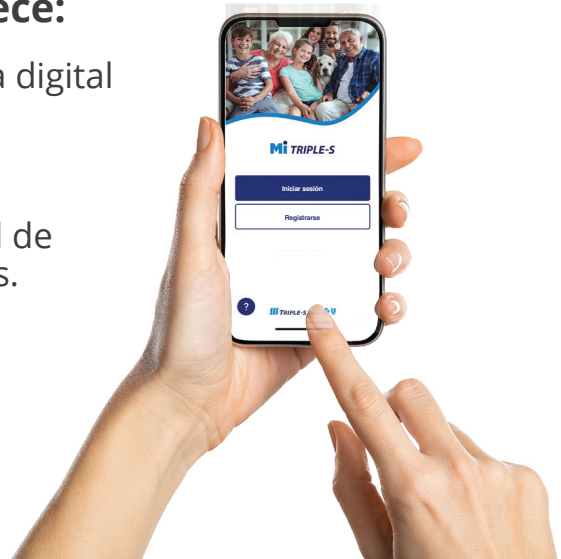




Aplicación **Mi TRIPLE-S**

Baja la App de Mi Triple-S y disfruta de lo que te ofrece:

- Acceso a tu tarjeta digital del plan.
- Realizar pagos.
- Revisar el historial de servicios recibidos.



Portal **Mi TRIPLE-S**

Entra al portal de Mi Triple-S para ver historial de:

- Visitas médicas y a salas de emergencia
- Hospitalizaciones
- Medicamentos
- Condiciones existentes tuyas y de tus dependientes menores de edad

También puedes:

- Realizar pagos.
- Acceder módulos educativos.

Regístrate en
mitriples.com





En Triple-S vamos más allá cuando se trata de tu salud

Programas de Manejo Clínico

Tenemos a tu disposición un equipo de expertos compuesto por enfermeras, educadores en salud, trabajadores sociales y nutricionistas enfocados en tu bienestar. Estos evalúan tus necesidades de salud, sociales y nutricionales y desarrollan un plan de cuidado a tu medida. Te ayudan a coordinar servicios (citas médicas y otros), realizan actividades educativas y te ayudan a manejar condiciones como diabetes, asma, fallo cardiaco, obesidad, salud mental, hipertensión y enfermedad de obstrucción pulmonar crónica, entre otras.



Para más información

787.706.2552
1.800.981.4860

Lunes a viernes
8:00 a.m. a 4:30 p.m.



manejocasos@ssspr.com



Ofrecemos un programa educativo dirigido a la salud integral de la mujer mediante actividades que promueven la prevención.

Las intervenciones educativas incluyen videos y eventos especiales, entre otros.



Mujeres sanas son vitales para tener familias y sociedades saludables.



mitriples.com



**Visitas
prenatales
y posparto**

**\$0
copago**



Para más información o
para registrarte escríbenos:
contigomama@ssspr.com



Programa educativo para embarazadas

Nuestro programa ofrece talleres virtuales de cuidado prenatal, parto y lactancia. Además de consejería telefónica con un especialista de manejo clínico.

Incluye:



- Máquina de lactancia



- Apoyo en el hogar - ayuda en tareas como limpieza liviana y preparación de comidas
 - 16 horas posparto (4 horas x 4 días)
 - 16 horas prenatal para embarazos de alto riesgo (4 horas x 4 días)



- Glucómetro y Monitor de presión arterial para embarazos de alto riesgo





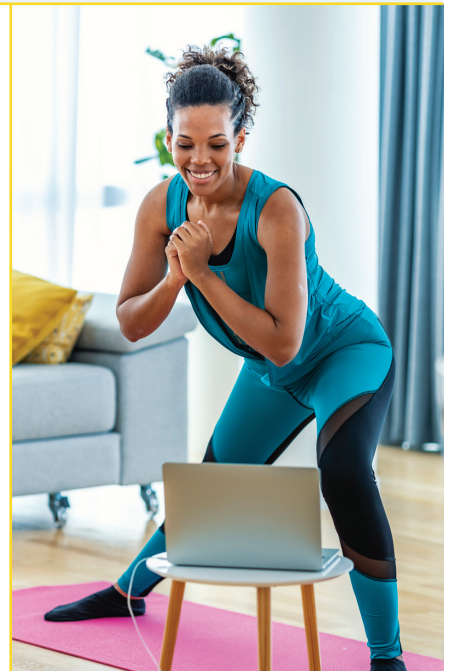
Programa educativo enfocado en temas de salud mental y conductual para todas las edades. El contenido incluye videos, presentaciones y eventos.

mitriples.com



Te ofrecemos un programa de ejercicios funcionales en modo virtual. El programa trabaja de la mano de un entrenador personal quien te ayudará a aumentar tu actividad física y a establecer rutinas por un mes.

El programa está disponible para todo asegurado que complete los módulos de educación requeridos. Una vez completados recibe unos cuestionarios de parte de las nutricionistas quienes lo cualifican para el programa.



Regístrate en
mitriples.com



**CONSEJERÍA
PROFESIONAL**

Ofrecemos ayuda confidencial con profesionales de salud que te pueden ayudar a ti y a tu familia en las siguientes áreas:

- Emocionales, financieras y legales
- Relaciones interpersonales y maritales
- Dependencia de drogas y alcohol
- Pobre motivación y angustia
- Estrés laboral y apoyo gerencial, entre otros

Servicios de consultoría, consejería y sicoterapia través de psicólogos industriales y psicólogos clínicos.



Consulta 24/7
en caso de crisis
1.800.660.4896



www.fhcsaludmental.com



La importancia del chequeo anual preventivo



¿Por qué es importante visitar anualmente al médico?

Una visita anual de rutina ayuda a detectar problemas antes de que estos se compliquen y te mantiene al día con tus pruebas preventivas.



Siempre es un buen momento para empezar a cuidarnos mejor.

PRUEBAS PREVENTIVAS

Varían por edad, historial médico y género:

- Examen físico
- Toma de presión
- Evaluación de peso e índice de masa corporal (BMI por sus siglas en inglés)
- Visita al oftalmólogo para examen fondo de ojo y glaucoma
- Laboratorios para colesterol, azúcar, entre otros
- Densidad ósea
- Vacunas
- Cernimiento de depresión
- Pruebas de infecciones de transmisión sexual
- Pruebas de Cáncer:
 - Colorrectal
 - Pap y mamografías para mujeres
 - PSA (antígeno prostático específico) para hombres

Preventivos incluidos son los identificados por United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

La prevención es la mejor medicina

Triple-S cuenta con **10 Centros de Cuidado Preventivo** donde los asegurados mayores de 21 años pueden hacerse su evaluación médica anual en una sola visita. Así podrás prevenir el desarrollo de alguna condición de salud o la detectas a tiempo para manejarla.



Chequeo preventivo anual
en nuestros centros

Pon a tu salud

¡El pon va por nosotros!

Queremos simplificar tu visita. Por eso te damos pon a tu chequeo preventivo anual en cualquiera de nuestros centros. Puedes utilizar este beneficio (ida y vuelta) para tu visita inicial y de seguimiento.

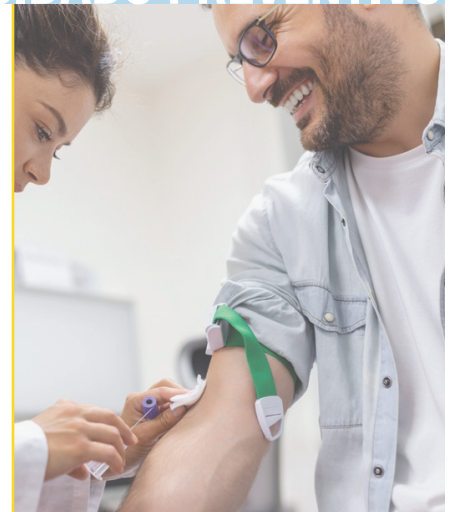
Para coordinar tu pon, llámanos una vez tengas tu cita programada.



787.705.0770

lunes a viernes 6:00 a.m. - 7:00 p.m.
sábado 7:00 a.m. - 1:00 p.m.

Servicio de transportación es ofrecido por VarMed Transportation.



CENTROS DE CUIDADO PREVENTIVO

SALUS

Guaynabo, Carolina, Ponce y Hato Rey
787.789.1996
info@saluspr.com

Tiger Med

Caguas
787.646.2800, 787.286.2800
ext. 636, 246 & 641
ssspreventive@tigermedpr.com

Centro de Medicina y Cirugía Ambulatoria

San Sebastián
787.926.0000, 787.926.0001,
787.896.1850 ext. 255
coordinadora.spc2@cmcapr.com

Wellness Alliance

Guaynabo
787.708.6778
esmeralda@prevencionpr.com
Humacao
787.708.6777 ext. 300
info@prevencionpr.com

Centro Preventivo de Quebradillas

Quebradillas
787.239.3316, 787.926.0000,
787.926.0001
cp@emenopr.com

Servicios Preventivos de Mayagüez

Mayagüez
787.652.3609, 787.926.0000,
787.926.0001
coordinadora.spc3@cmcapr.com

SALUS

**MEJOR SALUD...
MÁS FÁCIL**



**en
GENERALISTAS**

CITAS



787.789.1996



saluspr.com

Red de clínicas y Centros de imágenes

La red de clínicas te ofrece la flexibilidad de recibir varios servicios médicos primarios con más de 20 especialistas y dentistas en un mismo lugar con un sólo récord médico electrónico. Además, te ofrece programas de cuidado preventivo, servicios de pruebas diagnósticas y programas integrados que permiten recibir varios servicios el mismo día.

GUAYNABO

- Médicos primarios
- Pediatras
- Especialistas
- Dentistas
- Centro de imágenes
- Laboratorio
- Farmacia
- Programas de Cuidado Preventivo

Ave. Casa Linda #1, Carr. 177,
Los Filtros, Km. 2.0, Bayamón
(entrada a la American Military Academy)

PONCE

- Programas de Cuidado Preventivo
- Calle Navarra 1825, Torre Sofia, Tercer Piso

CAROLINA

- Médicos primarios
- Especialistas
- Centro de imágenes
- Laboratorio
- Programas de Cuidado Preventivo
- Programa de condiciones crónicas

Carr. 190, Km. 1.8, Sabana Abajo
(entrada al lado de la Universidad Ana G. Méndez)

HATO REY

- Médicos primarios
- Especialistas
- Centro de Imágenes
- Programas de Cuidado Preventivo

400 Ave. FD Roosevelt Suite 101 y 103, San Juan
(Primer Nivel Clínica Las Américas en Hato Rey)

La importancia del médico primario

El rol principal del médico primario es ayudarte a que lleves un estilo de vida saludable y prevenir enfermedades. Este profesional te ayuda a navegar tu cuidado, evalúa la urgencia de tus problemas de salud y te orienta sobre los pasos que debes tomar.

El médico primario

- Conoce tus condiciones de salud.
- Evalúa tus necesidades de cuidado.
- Receta tus medicamentos.
- Adelanta pruebas diagnósticas.
- Te orienta sobre cuál especialista debes ver, de necesitarlo.



**Todos nos
beneficiamos
de tener un
médico primario**

Médicos primarios:

- Médico generalista
- Médico de familia
- Internista
- Pediatra, si el paciente es un menor

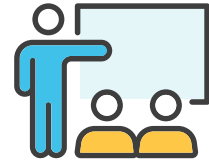
Health Up

¿Quieres vivir más saludable y feliz?

El programa Health Up te brinda la oportunidad de recibir beneficios de salud en el trabajo, y participar de actividades especialmente diseñadas para los empleados federales.

Nuestro objetivo es hacer más accesible la salud holística de forma creativa y conveniente para que puedas alcanzar tus metas de salud y bienestar.

Para detalles del programa consulta con el Oficial de beneficios de tu agencia (AGENCY BENEFIT OFFICER o ABO). Si eres retirado pendiente a las comunicaciones.



- Charlas de Salud Mental con FHC
- Charlas para empleados nuevos
- Seminarios de Retiro
- Clínicas de Salud
- Healthy Breaks
- Entre otros



Cuidando de ti

Cuidando de Ti lleva a tu lugar de trabajo los exámenes preventivos anuales que tienes como beneficio bajo tu cubierta de Triple-S.

Este modelo preventivo, exclusivo de Triple-S, consta de exámenes preventivos de laboratorio, imágenes y vacunas, entre otros; todo en un mismo lugar, el mismo día.

Una vez todos los resultados estén listos se coordinará para que el médico regrese a tu lugar de trabajo y pueda discutirlos con cada asegurado. Las pruebas son libres de copago, según aplique.

A dónde voy, ¿sala de emergencia o de urgencias?

Ahorra tiempo y dinero.

Visita una sala de urgencias cuando tengas una situación de salud que necesita atención médica rápida, pero tu vida no corre peligro.

SALA DE URGENCIA



Tos



Dolor de cabeza
o mareo



Infección
de oído



Torcedura o
fractura menor



Deshidratación



Bronquitis



Náusea o indigestión

SALA DE EMERGENCIA



Fiebre alta



Dolor de pecho



Asma



Huesos rotos



Hemorragia



Convulsiones o
pérdida de conciencia



Pérdida de visión

En caso de que una persona asegurada requiera tratamiento para una condición de emergencia, debe buscar atención inmediata en la sala de emergencia de un hospital, facilidad de sala de emergencia más cercana o llamar al Sistema 9-1-1.

Ver Directorio de Proveedores para listado de centros de urgencia alrededor de la isla.

¡Nuevo!



Cuidados de urgencia
en Florida

\$50

Si viajas a Florida y necesitas atención médica visita un centro de urgencia de Sanitas Medical Center.

Centros de urgencia disponibles en:

MIAMI

- Sanitas Doral Urgent Care
- Sanitas Miami Lakes Urgent Care
- Sanitas Kendall Urgent Care

ORLANDO

- Sanitas East Colonial Urgent Care
- Sanitas Ocoee Urgent Care
- Sanitas Kissimmee Urgent Care

BROWARD & PALM BEACH

- Sanitas Plantation Urgent Care
- Sanitas Lauderdale Lakes Urgent Care
- Sanitas Lake Worth Urgent Care

TAMPA

- Sanitas Tampa Urgent Care



844.665.4827
mysanitas.com



En Triple-S estamos para ayudarte.

Contáctanos de la manera más conveniente para ti.

Centros de servicio

OFICINA CENTRAL

1441 Ave. F.D. Roosevelt
San Juan

PLAZA LAS AMÉRICAS

2do nivel

PLAZA CAROLINA

2do nivel

ARECIBO

Edificio Caribbean Cinemas
Suite 101

CAGUAS

Edificio Angora
Ave. Luis Muñoz Marín

MAYAGÜEZ

Carretera 114 km 1.1
Comunidad Castillo

PONCE

2760 Ave. Maruca

Centro de llamadas de servicio



787.774.6081

Libre de cargos: 1-800-716-6081

Usuarios TTY: 787-792-1370

Libre de cargos TTY: 1-866-215-1999



HORARIOS (AST):

Lunes a Viernes de 7:30a.m. a 8p.m.

Sábados de 9a.m. a 6p.m.

Domingos de 11a.m. a 5p.m.





PROVEEDORES DEL PROGRAMA



1.800.810.BLUE
(2583)



<http://provider.bcbs.com/>

Viaja tranquilo con todos los beneficios que te ofrece The Blue Card Program

A través de nuestra afiliación con BlueCross BlueShield, tu tarjeta de Triple-S Salud te brinda acceso a servicios de salud cuando viajas a los Estados Unidos.

Puedes utilizar proveedores participantes de la red de BlueCross BlueShield a través de todo Estados Unidos para:

- Emergencias médicas
- Tratamientos no disponibles en PR*
- Estudiantes universitarios a tiempo completo**
- Asignación Temporera de Trabajo (TDY) hasta un máximo de 3 meses ***

PASOS A SEGUIR

Localiza los proveedores del programa, llamando al 1-800-810-BLUE (2583) o visitando <http://provider.bcbs.com/>

Visita un proveedor participante de la red de BCBS y presenta tu tarjeta del plan.

El proveedor verificará la elegibilidad, los deducibles, coaseguros y condiciones de tu póliza. Luego, facturará al plan de BlueCross BlueShield del área.

Tú pagarás el deducible y los coaseguros correspondientes a tu beneficio en los Estados Unidos.

El plan BCBS del área donde recibas el servicio le pagará al proveedor y enviará su reclamación electrónicamente a Triple-S Salud.

Triple-S Salud reembolsará al plan BCBS.

* Requiere Preautorización ** Requiere certificación de la universidad *** Solo disponible para asegurado principal

Coordinación de beneficios

Información importante si tienes más de un plan médico



Asegúrate de llenar el formulario adjunto de Coordinación de Servicios.

* Para información detallada sobre Coordinación de Beneficios refiérete a la sección 9 de tu Folleto de FEHB.

¿Qué es la coordinación de beneficios?

- Evita el pago excesivo de servicios médicos cubiertos por dos o más planes médicos a la vez.
- Esto aplica también a los reembolsos que hayas solicitado donde podrías recuperar la totalidad o el máximo posible del costo de los servicios recibidos.

¿Cómo pago los deducibles y coaseguros?

Forma tradicional (Medicare)

Triple-S Salud paga los deducibles y coaseguros dejados de pagar por Medicare, aplicando la política de pago.

Triple- S Salud con otro plan de Triple-S Salud o plan externo privado

El pago de deducibles y coaseguros dejados de pagar por el plan primario, lo asumirá tu plan secundario siempre y cuando este pago no exceda la cantidad del pago neto que realizaría esta misma póliza si solo esta fuese tu plan primario. Aplica política de pago.

Preservando beneficios

El pago del secundario toma como base la comparación del pago neto de tu plan primario con el pago neto de tu plan secundario, como si este último fuese primario.

¿Quién paga primero?

Ver tabla en la siguiente página.

Coordinación con el Plan de Salud del Gobierno

El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico siempre será el pagador secundario ante cualquier otro plan, sin excepción. El plan patronal siempre será el pagador primario.

	Primario	Secundario	Terciario
Dependencia / No dependencia	Donde usted sea Asegurado Principal	Donde usted sea un Dependiente	
Cumpleaños	Padre cuyo cumpleaños ocurra primero en el año (mes y día de nacimiento). Si ambos coinciden en fechas aplica al que lo cubra por más tiempo.	Segundo cumpleaños	
Custodia	Quien tiene custodia del niño	Cónyuge del custodio	Quien no tiene custodia
Activo/inactivo (asegurado principal)	Plan de Empleo Activo	Plan como retirado	
Activo/inactivo (como dependiente)	Plan como retirado	Plan de Empleo Activo	
Activo/inactivo (retirado como dependiente) y Medicare	Plan de Empleo Activo	Medicare	Plan como retirado
Antigüedad	Póliza más antigua	Póliza más reciente	

Empleado Federal con Medicare Parte A y B*	Primario	Secundario
Por edad (mayor de 65 años)		
Retirado	Medicare	Triple-S
Empleado Activo	Triple-S	Medicare
Por incapacidad		
Empleado Federal que ha recibido beneficios de incapacidad por 6 meses o más	Medicare	Triple-S
Por incapacidad renal		
Cuenta con Medicare basado únicamente en una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) y:		
1. Se encuentra dentro de los primeros 30 meses de elegibilidad y derecho a Medicare por ESRD (Periodo de coordinación de 30 meses)	Triple-S	Medicare
2. Han sobrepasado el periodo de coordinación de 30 meses y tú o un familiar aún tienen derecho a Medicare por ESRD	Medicare	Triple-S

* Para información detallada sobre Coordinación de Beneficios refiérase a la sección 9 de su Folleto de FEHB.

I. Información sobre el Suscriptor - Subscriber Information

NOMBRE / Name _____ APELLIDO PATERNO / Lastname _____ APELLIDO MATERNO / Surname _____

NUMERO DE CONTRATO / Contract Number

--	--	--	--	--	--	--	--

Su cubierta de seguro médico/dental contiene una cláusula de Coordinación de Beneficios. El procesamiento de las reclamaciones bajo su seguro médico/dental podría depender de su contestación. *Your health/dental insurance policy contains a Coordination of Benefits provision. Processing of claims submitted under your insurance policy may be dependent upon your response.*

POR FAVOR, COMPLETE Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO DENTRO DE LOS PRÓXIMOS QUINCE (15) DÍAS.
Please, fill and return this form within fifteen (15) days.

¿Usted o algún miembro de su familia que está actualmente cubierto por el plan de salud tiene cubierta bajo otro seguro médico, dental, farmacia o Medicare?
Are you or any member of your family that is currently covered by your health insurance also covered by another plan, dental plan, pharmacy insurance or Medicare?

- NO _____ **Si marcó "NO", favor de firmar y devolver el formulario.**
If "NO" was checked, please sign and return this form to us.
- SÍ / Yes _____ **Si marcó "SÍ", favor de completar las siguientes secciones:**
If "YES" was checked, please complete the following sections:
- Cambio/Update _____ **Si marcó "Cambio", favor de indicar el plan, la efectividad y/o cancelación del mismo.**
If "Update" was checked, please indicate health plan, efectivity date and cancelation date.

II. Información sobre el otro seguro - Information about other insurance

NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA SEGURO/ Name of other Insurance Company _____ NÚMERO PÓLIZA/ Policy Number _____ NÚMERO CONTRATO/ Contract Number _____

TIPO DE PLAN/Plan Type

Plan Salud Grupal

Póliza Individual (Pago Directo)/Individual Policy

ELA

Plan Empleados Federales/FEHBP

Medicare A o B

Medicare Parte D

Medicare Advantage

TriCare

MI SALUD/Government Health Plan

Otro/Other _____

COVERAGE/Cubiertas

Hospital

Médico Quirúrgico/Medical-Surgical

Ambulatoria/Ambulatory

Maternidad/Maternity

Dental

Farmacia/Pharmacy

Gastos Médicos Mayores/Major Medical

Complementaria/Complementary

FECHA APERTURA/Open Date **FECHA CANCELACIÓN/Cancelation Date**

--	--	--	--	--	--	--	--

MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year

DIRECCIÓN DEL OTRO SEGURO MÉDICO / Other Insurance Address

TELÉFONO / Phone () _____ - _____

FACSIMIL / Fax () _____ - _____

NOMBRE SUSCRIPTOR/ Subscriber Name _____ APELLIDO PATERNO / Last Name _____ APELLIDO MATERNO / Surname _____

ESTATUS DEL SUSCRIPTOR/Subscriber Status

- Empleado Activo/Actively Working
- Inactivo/Inactive
- Retirado desde/Retired Since: _____ - _____
MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year
- COBRA desde/COBRA Since: _____ - _____
MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year

NÚM. DE SEGURO SOCIAL/Social Security No.

--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA NACIMIENTO/Date of Birth

--	--	--	--	--	--	--	--

MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year

PATRONO DEL OTRO SEGURO/ Other Insurance Employer

DIRECCIÓN / Address

TELÉFONO / Phone () _____ - _____

III. Información sobre dependientes en el otro seguro - Information about dependents on other insurance

NOMBRE Y APELLIDOS/ Name, Last and Surnames	FECHA NACIMIENTO/Date of Birth	SEGURO SOCIAL/ Social Security	SEXO/Sex	PARENTESCO CON SUSCRIPTOR Relationship with subscriber's insured						
1 _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year</p>							_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
2 _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year</p>							_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
3 _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year</p>							_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
4 _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year</p>							_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
5 _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year</p>							_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____

Utilice otro formulario para añadir dependientes adicionales. *Use another form to include additional dependents*

Incluya la información de Medicare al dorso
Include Medicare information on reverse

Favor de firmar al dorso
Please, sign on reverse of form

IV. Divorciados, separados o con custodia - *Divorced, separated, or with custody*

Complete esta sección si usted es divorciado(a), separado(a) o tiene custodia de algún menor dependiente bajo seguro médico sin importar que duplique información incluida en la Sección II de este formulario. Complete this section if you are divorced, separated, or have custody of any dependent child under your health insurance contract. Please, complete this section even if some of the information is already included in Section II of this form.

1	NOMBRE Y APELLIDOS/ Name, Last and Surnames	FECHA NACIMIENTO/Date of Birth	SEGURO SOCIAL/ Social Security	SEXO/Sex	PARENTESCO CON ASEGURADO DE SUSCRIPTOR Relationship with subscriber's insured
	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
2	MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
3	MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
4	MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

INFORMACIÓN DEL SEGURO QUE PROVEE CUBIERTA A LOS MENORES DEPENDIENTES/ Information of the Health Insurance providing minor's coverage:

NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA SEGURO/ Name of other Insurance Company	NÚMERO PÓLIZA/ Policy Number	NÚMERO CONTRATO/ Contract Number
TIPO DE PLAN/Plan Type <input type="radio"/> Plan Salud Grupal <input type="radio"/> Póliza Individual (Pago Directo)/Individual Policy <input type="radio"/> ELA <input type="radio"/> Plan Empleados Federales/FEHBP <input type="radio"/> Medicare A o B <input type="radio"/> Medicare Parte D <input type="radio"/> Medicare Advantage <input type="radio"/> TriCare <input type="radio"/> MI SALUD/Government Health Plan <input type="radio"/> Otro/Other _____		COVERAGE/Cubiertas <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Médico Quirúrgico/Medical-Surgical <input type="radio"/> Ambulatoria/Ambulatory <input type="radio"/> Maternidad/Maternity <input type="radio"/> Dental <input type="radio"/> Farmacia/Pharmacy <input type="radio"/> Gastos Médicos Mayores/Major Medical <input type="radio"/> Complementaria/Complementary
FECHA APERTURA/Open Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year		FECHA CANCELACIÓN/Cancelation Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year
DIRECCIÓN DEL OTRO PLAN MÉDICO / Other Insurance Address _____ _____ _____		
TELÉFONO / Phone () _____ - _____ FACSIMIL / Fax () _____ - _____		

INDIVIDUO RESPONSABLE DEL SEGURO DE LOS MENORES DEPENDIENTES/ Individual responsible for minor's coverage:

NOMBRE Y APELLIDOS/ Name, Last and Surnames	FECHA NACIMIENTO/Date of Birth	SEGURO SOCIAL/ Social Security	SEXO/Sex	PARENTESCO CON MENOR(ES) Relationship with minor(s)
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
	MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year			

V. Información sobre Medicare - *Medicare Information*

Complete la siguiente información para cada asegurado bajo su contrato de plan de salud que tenga cubierta de Medicare. Complete the following information for each member on your health plan contract is also covered by Medicare

1	NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO DE MEDICARE Name, Last and Surname of Medicare Beneficiary	FECHA NACIMIENTO/Date of Birth	SEGURO SOCIAL/ Social Security	SEXO/Sex	FECHA DE EFECTIVIDAD/Effective Date PARTE A/Part A PARTE B/Part B
	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
	RAZÓN PARA CUBIERTA DE MEDICARE (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN) Reason for Medicare coverage (Check all that apply)				NÚMERO MEDICARE / Medicare Claim Number
	<input type="radio"/> Edad/Age (65) <input type="radio"/> Incapacidad/Disability <input type="radio"/> Fallo Renal Crónico/End-Stage-Renal disease <input type="radio"/> Dependiente/Dependent				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO DE MEDICARE Name, Last and Surname of Medicare Beneficiary	FECHA NACIMIENTO/Date of Birth	SEGURO SOCIAL/ Social Security	SEXO/Sex	FECHA DE EFECTIVIDAD/Effective Date PARTE A/Part A PARTE B/Part B
	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
	RAZÓN PARA CUBIERTA DE MEDICARE (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN) Reason for Medicare coverage (Check all that apply)				NÚMERO MEDICARE / Medicare Claim Number
	<input type="radio"/> Edad/Age (65) <input type="radio"/> Incapacidad/Disability <input type="radio"/> Fallo Renal Crónico/End-Stage-Renal disease <input type="radio"/> Dependiente/Dependent				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

VI. Certificación- *Certification*

Certifico que la información antes provista es correcta y veraz. Reconozco además que proveer información falsa o incorrecta podría conllevar no sólo la cancelación de mi seguro médico con TRIPLE-S SALUD, así como las disposiciones aplicables de las leyes contra el fraude. I hereby certify that the information provided hereinabove is accurate and true. I further recognize that providing false or inaccurate information may lead to the cancellation of my health insurance and to filling of criminal charges under the antifraud statutes.

Devuelva el formulario
Completado a:
Return the completed form to

Departamento de Operaciones de Servicio
TRIPLE-S SALUD
PO Box 363628
San Juan, PR 00936-3628

Su Firma / Your Signature

Fecha / Date



EFFECTIVO 01/01/24

PRIMAS PLAN DE SALUD

PUERTO RICO		PRIMA			
TIPO DE SUBSCRIPCIÓN	CÓDIGO DE SUBSCRIPCIÓN	BISEMANAL		MENSUAL	
		APORTACIÓN DEL GOBIERNO	SU APORTACIÓN	APORTACIÓN DEL GOBIERNO	SU APORTACIÓN
<i>High Option</i> Individual solamente	891	\$153.83	\$51.28	\$331.31	\$111.10
<i>High Option</i> Pareja	893	\$345.41	\$115.13	\$748.38	\$249.46
<i>High Option</i> Individual y Familia	892	\$352.28	\$117.43	\$763.28	\$254.43

Servicios	Copagos y Coaseguros
Cubierta Básica	
Máximo de Desembolso (Maximum Out of Pocket o MOOP) para servicios de farmacia, médicos y hospitalarios prestados por proveedores participantes* * Beneficios no esenciales, servicios no cubiertos y servicios prestados por proveedores fuera de la red no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo.	\$6,600 Individual \$13,200 Pareja y Familia
Preventivos	
Servicios Preventivos en Centros Preventivos Participantes	\$0
Inmunizaciones (Vacunas)	\$0
Visitas Médicas	
Generalista en Clínicas Salud	\$0
Generalista	\$7.50
Especialista	\$7.50
Subespecialista	\$7.50
Telemedicina a través de Teleconsulta MD	\$0 Consultas Ilimitadas
Nutricionista	\$0 Máximo de 6 visitas al año
Quiropráctico	\$0 Visita inicial y subsiguiente
Cuidado de Maternidad	
Visitas cuidado prenatal y postnatal (al registrarse al Programa Maternal)	\$0
Cuidado prenatal y postnatal	\$7.50
Servicio de parto	\$0
Máquina de lactancia eléctrica (Coordinado a través del Programa Maternal)	\$0
Terapias	
Manipulaciones de Quiropráctico	\$0 Máximo de 20 manipulaciones al año
Terapia Física	\$10
Terapia Respiratoria	\$10
Pruebas Diagnósticas	
Laboratorios	\$1.00 por prueba de diagnóstico
Estudios de Imagen (Rayos X, Sonogramas, MRI, MRA, CT Scan)	\$0
Mamografía de cernimiento con tomosíntesis digital (Bilateral)	\$0
Pruebas de Alergia	\$10
Salud Mental	
Terapia de Grupo	\$7.50
Visitas Colaterales	\$7.50
Sicólogo, Siquiatra y Trabajador Social Clínico	\$7.50
Hospitalización Regular Parcial	\$0.00, puedes coordinar servicios a través de FHC 1-800-660-4896
Hospitalización	
Regular y Parcial	\$0
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	\$0
Servicios de Emergencia	
Sala de Emergencia	\$25
Recomendado por Teleconsulta	\$10
Centros de Urgencia	
Sanitas Medical Centers en Florida	\$50
Cirugía Ambulatoria	
Litotricia	\$25

Servicios	Copagos y Coaseguros
Cubierta Básica cont.	
Otros	
Equipo Médico Duradero	25% con Preautorización
Servicios por Proveedores No Participantes en Puerto Rico	10%
Servicios en Estados Unidos	
<p>Cubrimos emergencias o servicios que hemos autorizado previamente. Cuando recibe servicios cubiertos fuera del área de servicio que no sean de emergencia ni preautorizados, reembolsaremos el 90% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud. Para más información, hacer referencia a la sección 1 de tu póliza.</p>	
Farmacia	
Suministro de 30 días	
Nivel 1: Medicamentos Genéricos	\$2.00 por unidad o repetición
Nivel 2: Medicamentos de Marca Preferidos	\$20 por unidad o repetición
Nivel 3: Medicamentos de Marca No Preferidos	20% ó \$20, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$125 por unidad o repetición
Nivel 4: Medicamentos Especializados Preferidos	25% ó \$200, lo que sea menor por unidad o repetición
Nivel 5: Medicamentos Especializados No Preferidos	30% ó \$300, lo que sea menor por unidad o repetición
Los medicamentes genéricos de antihipertensivos, antidiabéticos (excepto las insulinas), antihiperlipidémicos (solo las estatinas) y Naxolona estarán cubiertos al 100%.	
Suministro de 90 días o por correo	
Nivel 1: Medicamentos Genéricos	\$4.00 por unidad o repetición
Nivel 2: Medicamentos de Marca Preferidos	\$40 por unidad o repetición 20% o \$60 (lo que sea mayor)
Nivel 3: Medicamentos de Marca No Preferidos	\$375.00 máximo de desembolso por unidad o repetición
Visión	
Espejelos o Lentes de Contacto hasta los 21 años de edad	Cubierto hasta un beneficio máximo de \$109
Dental	
Limpieza Dental (adultos y niños) una cada 6 meses	\$0
Radiografías Periapicales y de Mordida	\$0
Radiografía Panorámica (una cada 3 años)	30%
Restauraciones en Amalgamas, Endodoncia, Extracciones y Cirugía Oral	30%
Trasplante de Órganos y Tejidos	
Trasplantes de órganos sólidos, trasplante en tándem de células madres de médula ósea y médula ósea, mini trasplantes (se requiere autorización previa por plan)	\$0
Otros Beneficios	
Quimioterapia	\$10
Radioterapia	\$10

Esto es un breve resumen de carácter informativo y no sustituye ni modifica la póliza. Te exhortamos a que revise el Certificado de Beneficios (Póliza) para que conozcas a detalle los beneficios, limitaciones y exclusiones de la cubierta.



TRIPLE-S SALUD  
 BlueCross BlueShield of Puerto Rico

Esta guía es un breve resumen de carácter informativo y no sustituye ni modifica la póliza. Te exhortamos a que revises el Certificado de Beneficios (Póliza) para que conozcas en detalle los beneficios, limitaciones y exclusiones de la cubierta. 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 1-866-215-1999. 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 1-866-215-1999. 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. TSS-MKT-5199-2023-A

