Triple-S Salud, Inc.

www.ssspr.com

Servicio al Cliente 787-774-6081 o 800-716-6081

TRIPLE-S SALUD
BlueCross BlueShield of Puerto Rico

2027

Organización para el Mantenimiento de la Salud con plan de Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés)

Esta cubierta de salud cualifica como una cubierta mínima esencial y cumple con el valor mínimo estándar para los beneficios que provee. Vea la Información sobre FEHB en la página 8 para más detalles. Este plan está acreditado. Vea Cómo Funciona Este Plan en la página 13.

IMPORTANTE
- Primas: Contraportada
- Cambios para el 2027: Página 16
- Resumen de Beneficios: Página 93

Proveemos servicio: A todo Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE.UU.

La suscripción a este plan es limitada. Usted y sus dependientes deben vivir en nuestra área geográfica de servicio para suscribirse. Vea la página 13 para conocer los requisitos.

Los empleados postales y retirados ya no son elegibles para este plan (a menos que actualmente estén bajo la Continuación de Cubierta Temporal).

Códigos de suscripción para este plan:

Para residentes de Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE. UU.

891 Individual
893 Pareja
892 Familiar

Aviso especial: Las personas inscritas anteriormente en el código de inscripción 85 Islas Vírgenes de EE. UU. se fusionarán con el código de inscripción 89, a menos que seleccionen otro plan FEHB durante el período de inscripción abierta.

FEHB
Federal Employees Health Benefits Program

Authorized for distribution by the:

United States
Office of Personnel Management

Healthcare and Insurance
http://www.opm.gov/insure

RI 73-016

Aviso importante de Triple-S Salud, Inc. acerca de

nuestra cubierta de farmacia y Medicare

La Oficina de Administración de Personal de Estados Unidos (OPM, por sus siglas en inglés) ha determinado que la cubierta de medicamentos recetados de Triple-S Salud, Inc., cumple con los requisitos del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para ser considerada una cubierta acreditable. Por lo tanto, usted no tiene necesidad de suscribirse a Medicare Parte D y pagar más por los beneficios de medicamentos recetados. Si decide suscribirse a Medicare Parte D más adelante, usted no tendrá que pagar la penalidad por afiliación tardía siempre y cuando usted continúe con su cubierta FEHB.

Sin embargo, si decide suscribirse a la Parte D, usted puede mantener su cubierta FEHB y su Plan FEHB coordinará los beneficios con Medicare.

Recuerde: Si usted es pensionado y cancela su cubierta FEHB, usted no podrá volver a suscribirse al programa FEHB.

Por favor, tenga en cuenta lo siguiente

Si usted pierde o se da de baja de su cubierta FEHB, y permanece 63 días o más sin una cubierta de medicamentos recetados que sea, al menos, tan buena como la cubierta de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual para la Parte D de Medicare aumentará por lo menos 1% al mes por cada mes que usted estuvo sin esa cubierta. Por ejemplo, si usted está 19 meses sin la cubierta de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, su prima siempre será 19 por ciento más alta de lo que muchas otras personas pagan. Usted tendrá que pagar esta prima más elevada durante el tiempo que usted tenga la cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que usted tenga que esperar hasta el próximo Periodo

Beneficios provistos por Medicare para personas de bajos ingresos

Existe ayuda adicional para que las personas con ingresos y recursos limitados puedan pagar la cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre este programa, visite la página web de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) www.socialsecurity.gov, o llame a la SSA al 1- 800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Prima adicional para los miembros de Medicare con ingresos elevados: importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA)

La Determinación inicial del Ajuste mensual acorde a su ingreso (IRMAA) es una cantidad que puede para además de su prima FEHB para inscribirse y mantener la cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Esta prima adicional, aplica únicamente a aquellos con ingresos más altos y se ajusta en función de los ingresos declarados en su declaración de impuestos del IRS. Usted no realiza ningún pago a IRMAA para su plan FEHB. Consulte la sección Parte D-IRMAA del sitio web de Medicare https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans para confirmar si usted estuviese sujeto a esta prima adicional.

Para más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare y las cubiertas que se ofrecen en su área:

- Visite www.medicare.gov, para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY: 1-877-486-2048)

Tabla de contenido

Tabla de contenido 1
Introducción 3
Lenguaje sencillo 3
¡Alto al fraude en el cuidado de la salud! 3
Discriminar es ilegal 5
Prevención de errores médicos 5
1. Pregunte si tiene dudas o preocupaciones. 5
2. Prepara y lleve una lista de todos los medicamentos que toma. 5
3. Obtenga los resultados de cualquier examen o procedimiento. 6
4. Hable con su médico para verificar cuál es el mejor hospital o clínica para sus necesidades de salud. 6
5. Asegúrese de que usted entiende qué sucederá de necesitar una cirugía. 6
Enlaces sobre la seguridad del paciente 6
Condiciones de salud adquiridas que son evitables ("*never events*") 7
Información sobre el Programa FEHB 8
Hijos biológicos, hijos adoptados e hijastros 9
Hijos adoptivos 9
Hijos incapaces de proveerse su sustento 9
Hijos casados 9
Menores que tienen o son elegibles para un seguro de salud patronal 10
Sección 1. Cómo funciona este plan 13
Usted debe suscribirse a un plan HMO porque prefiere los beneficios que proporciona y no porque un proveedor en particular esté disponible con dicho plan. Usted no podrá cambiar de plan solo porque un proveedor deje nuestro plan. No podemos garantizarle que un médico, hospital u otro proveedor estará disponible o continuará con nosotros 13
¿Quién provee mi cuidado de salud? 13
Beneficios de libre selección ("Open Access") 14
Beneficios de Punto de Servicio (POS) 14
Cómo le pagamos a nuestros proveedores 14
Sus derechos y responsabilidades 15
Sus reclamaciones y expedientes médicos son confidenciales 15
Área de servicio 15
Sección 2. Cambios para el 2027 16
Cambios a este plan 16
Sección 3. Cómo obtener su cuidado médico 17
Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos 24
Sección 5. Beneficios 26
Sección 5(a). Servicios y suplidos médicos provistos por médicos y otros profesionales de la salud 28
Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia provistos por médicos y otros profesionales de la salud 46
Sección 5(c). Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia 54
Sección 5(d). Accidentes / servicios de emergencia 57
¿Qué es una emergencia médica? 57
Qué hacer en caso de emergencia: 57
Emergencias fuera de nuestra área de servicio 57
Sección 5(e). Beneficios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias 60
Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados 62
Hay cierta información de la que usted debe estar al tanto. Esta incluye: 62
• Una receta para un abastecimiento de 90 días, y que incluya una (1) repetición. Esta receta es la que será despachada por el Programa de envío de medicamentos por correo 64

Sección 5(g). Beneficios dentales....68
Sección 5(h). Bienestar y otros beneficios especiales....70
Sección 5(i). Beneficios de Punto de Servicio (POS)....73
Datos sobre los beneficios de punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés) ofrecidos por este plan....73
Qué está cubierto....73
Precertificación....73
Qué no está cubierto....73
Beneficios fuera del FEHB disponibles para los asegurados....74
Sección 6. Exclusiones generales – Servicios, medicamentos y suplidos que no cubrimos....75
Sección 7. Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos....76
Sección 8. Proceso de apelación sobre reclamaciones....78
Sección 9. Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas....81
Sección 10. Definiciones de términos que utilizamos en este folleto....88
Índice....92
Notas....93
Resumen de Beneficios del Plan Triple-S Salud, Inc. 2027....94
Información sobre las primas de Triple-S Salud, Inc. 2027....96

Introducción

Este folleto describe los beneficios de Triple-S Salud, Inc. conforme a nuestro contrato (CS-1090) entre Triple-S Salud, Inc. y la Oficina de Administración de Personal de Estados Unidos (OPM, por sus siglas en inglés), según autorizado por la Ley de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Se puede comunicar con Servicio al Cliente llamando al 787-774-6081 desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o visite nuestra página web, www.ssspr.com. Si usted es sordo, tiene discapacidad auditiva o discapacidad del habla, puede contactar con nuestro Centro de Servicio al Cliente por TTY: 787-792-1370 desde Puerto Rico o 866-215-1999 desde las Islas Vírgenes de EEUU. Si necesita proveedores de ASL, visite nuestra página web www.ssspr.com. La dirección de la oficina administrativa de Triple-S Salud es:

Triple-S Salud, Inc.
1441 Avenida Roosevelt
San Juan, Puerto Rico 00920

Este folleto es una declaración oficial de beneficios. Ninguna declaración verbal podrá modificar o afectar de alguna manera los beneficios, limitaciones y restricciones expresadas en este folleto. Usted es responsable de mantenerse informado sobre sus beneficios de salud. Este folleto está disponible en inglés. Para obtener una copia, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde Islas Vírgenes de EE.UU.

Si está suscrito a este plan, usted tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si usted está suscrito a una cubierta individual (Self Plus One) o familiar (Self and Family), cada familiar elegible también tiene derecho a estos beneficios. Usted no tendrá derecho a beneficios que estuvieron disponibles antes del 1 de enero de 2027, a menos que dichos beneficios aparezcan en este folleto.

OPM negocia los beneficios y primas para cada plan anualmente. Los cambios en beneficios serán efectivos a partir del 1 de enero de 2027 y estos se resumen en la página 16. Las primas aparecen al final de este folleto.

Lenguaje sencillo

Todos los folletos del FEHB están escritos en lenguaje sencillo para facilitar su comprensión. A continuación, algunos ejemplos:

- Excepto por los términos técnicos indispensables, utilizamos palabras de uso común. Por ejemplo, 'usted' se refiere al asegurado principal del plan o a un asegurado de su familia; 'nosotros' se refiere a Triple-S Salud, Inc.
- Nos limitamos a usar siglas que ya usted conoce: FEHB son las siglas en inglés del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. OPM son las siglas en inglés de la Oficina de Administración de Personal de Estados Unidos. De utilizar otras siglas, le indicaremos el significado.
- Nuestro folleto y los folletos de otros planes del FEHB tienen el mismo formato y descripciones similares para ayudarle a comparar los planes.

¡Alto al fraude en el cuidado de la salud!

El fraude aumenta los costos del cuidado de salud para todos y aumenta sus primas del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

La Oficina del Inspector General de la OPM investiga todas las alegaciones de fraude, desperdicio y abuso en el Programa FEHB, independientemente de la agencia para la que usted trabaja o de la que usted se ha retirado.

Protéjase del fraude – A continuación, le mostramos lo que puede hacer para evitar el fraude:

- No dé su número de identificación del plan por teléfono o a personas que usted no conozca. Solo proporcione este número a los proveedores para el cuidado de la salud o al representante autorizado de su plan o de la OPM.
- Solo permita que profesionales médicos adecuados revisen su expediente médico o le recomienden servicios.
- Evite ir a proveedores para el cuidado de la salud que le digan que un artículo o servicio usualmente no se cubre, pero que ellos saben cómo facturarlos para que el plan los pague.
- Revise cuidadosamente las Explicaciones de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que usted recibe de nosotros.

- Revise periódicamente su historial de reclamaciones para asegurarse de que no le estén facturando servicios que usted no ha recibido.
- No le pida a su médico que escriba diagnósticos falsos en certificados, facturas o expedientes para lograr que paguemos por un artículo o servicio.
- Si sospecha que un proveedor le ha hecho un cargo por servicios no recibidos, le facturó dos veces por un mismo servicio o tergiversó información, usted puede hacer lo siguiente:
  - Llame al proveedor y pídale una explicación. Puede que haya un error.
  - Si el proveedor no resuelve el asunto, llámenos al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., y explíquenos la situación.
  - Si nosotros no le resolvemos el problema:

LLAME A LA LÍNEA DIRECTA CONTRA EL FRAUDE AL CUIDADO DE SALUD
1-877-499-7295
O visite www.opm.gov/our-inspector-general/hotline-to-report-fraud-waste-or-abuse/complaint-form/
Presentar los reportes en línea es el método deseado para reportar el fraude con el fin de asegurar la precisión y un tiempo de respuesta más rápido.
También puede escribir a:
United States Office of Personnel Management Office of the Inspector General Fraud Hotline
1900 E Street NW Room 6400
Washington, DC 20415-1100

No debe incluir como familiar en su póliza a:

- Su cónyuge, luego de que un decreto de divorcio o anulación sea final (aun si la corte estipula lo contrario), o
- Su hijo/a mayor de 26 años (a menos que este padezca alguna discapacidad y no pueda mantenerse por sí mismo(a) antes de los 26 años).

Es posible que el proveedor solicite que el asegurado principal corrobore la elegibilidad de cualquiera o todos sus familiares cubiertos bajo la póliza FEHB del asegurado.

- Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad de un miembro de la familia, verifique con su oficina de personal si usted está empleado, con su oficina de retiro (como OPM) si está retirado, o con el Centro Nacional de Finanzas si está suscrito a una Continuación de Cubierta Temporal (TCC, por sus siglas en inglés).
- El plan prohíbe el fraude y las declaraciones falsas o intencionales de información importante. Usted puede ser enjuiciado por fraude y su agencia podrá tomar medidas en su contra. Ejemplos de fraude incluyen falsificar una reclamación para recibir beneficios de FEHB, tratar u obtener beneficios o cubierta para usted o para alguien que no es elegible para cubierta, o tratar de suscribirse al plan cuando usted ya no es elegible.
- Si su suscripción continúa luego de que usted deje de ser elegible para cubierta (p. ej., se ha separado del servicio federal) y las primas no se han pagado, usted será responsable por todos los beneficios pagados durante el periodo en que las primas no se pagaron. Su proveedor podrá facturarle por los servicios recibidos. Usted puede ser enjuiciado por fraude si intencionalmente obtiene beneficios de su seguro médico para los cuales no ha pagado primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un familiar ya no es elegible para utilizar su cubierta de seguro de salud.

Discriminar es ilegal

Cumplimos con las leyes federales aplicables contra la discriminación y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión, sexo, embarazo o información genética. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión, sexo, embarazo o información genética.

Los beneficios de salud descritos en este folleto son consistentes con las leyes aplicables que prohíben la discriminación. Todas las decisiones de cubierta se basarán en estándares y criterios no discriminatorios. El rasgo o rasgos protegidos de una persona no se utilizará para negar beneficios de salud para artículos, suministros o servicios que de otro modo estarían cubiertos y se determine que son médicamente necesarios

Prevención de errores médicos

Los errores médicos aún son una causa significativa de muertes evitables en los Estados Unidos. Mientras que la muerte es el resultado más trágico, los errores médicos causan otros problemas tales como discapacidades permanentes, estancias prolongadas en el hospital, recuperaciones más largas e incluso tratamientos adicionales. Los errores médicos y sus consecuencias también aumentan significativamente el costo total del cuidado de la salud. Los hospitales y proveedores para el cuidado de la salud son considerados responsables por la calidad del cuidado y la reducción de los errores médicos por parte de sus entidades de acreditación. También puede mejorar la calidad y la seguridad de su propio cuidado de la salud y el de sus familiares al aprender más y conocer sobre sus riesgos. Esto lo puede hacer mediante los siguientes pasos sencillos:

1. Pregunte si tiene dudas o preocupaciones.

- Pregunte y asegúrese de que entiende las respuestas a sus preguntas.
- Escoja un médico con el que se sienta cómodo para dialogar.
- Lleve a un pariente o amigo a su consulta para que le ayude a tomar notas, hacer preguntas y entender las respuestas.

2. Prepara y lleve una lista de todos los medicamentos que toma.

- Traiga los medicamentos o entréguele a su médico o farmacéutico una lista de todos sus medicamentos y la dosis que toma de cada uno. También incluya los medicamentos sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) y los suplementos nutricionales.
- Infórmele a su médico o farmacéutico sobre cualquier alergia a medicamentos, alimentos u otras alergias que tenga, como, por ejemplo, al látex.
- Pregunte acerca de los riesgos o efectos secundarios del medicamento y qué debe evitar mientras lo toma. Asegúrese de anotar lo que su médico o farmacéutico le diga.
- Asegúrese de que su medicamento es el que el médico ordenó. Pregúntele al farmacéutico sobre su medicamento si tiene un aspecto diferente al que usted esperaba.
- Lea la etiqueta y el prospecto para el paciente dentro del empaque cuando obtenga su medicamento, incluso todas las advertencias e instrucciones.
- Conozca sobre cómo usar su medicamento. En particular, tenga en cuenta la hora y las condiciones bajo las cuales usted debe o no debe tomar su medicamento.
- Si tiene preguntas, comuníquese con su médico o farmacéutico.
- Conocer los nombres genéricos y de marca de todos sus medicamentos es importante. Esto ayuda a garantizar que no reciba el doble de su dosis al tomar uno genérico y uno de marca del mismo medicamento.
- También le ayuda a evitar tomar un medicamento al que usted es alérgico.

3. Obtenga los resultados de cualquier examen o procedimiento.

- Pregunte cuándo y cómo obtendrá los resultados de sus exámenes o procedimientos. Verifique si deberá buscarlos en persona, pedirlos por teléfono, o si serán enviados por correo, a través del plan o del portal del proveedor.
- No presuma que los resultados están bien si no se los entregan cuando usted esperaba, ya sea en persona, por teléfono o correo. Llame a su médico y pregúntele por sus resultados.
- Pregunte sobre qué implican esos resultados para el cuidado de su salud.

4. Hable con su médico para verificar cuál es el mejor hospital o clínica para sus necesidades de salud.

- Pregúntele a su médico sobre qué hospital o clínica provee el mejor cuidado y los mejores resultados para su condición (si usted puede elegir entre más de un hospital o clínica para obtener el cuidado de salud que necesita).
- Asegúrese de que entiende las instrucciones para obtener cuidado de seguimiento luego de dejar el hospital o la clínica.

5. Asegúrese de que usted entiende qué sucederá de necesitar una cirugía.

- Asegúrese de que usted, su médico y su cirujano estén todos de acuerdo sobre lo que se hará durante la operación.
- Pregúntele a su médico: "¿Quién manejará mi cuidado cuando esté en el hospital?".
- Pregúntele a su cirujano:
  - "¿Qué estará haciendo exactamente?".
  - "¿Cuánto tiempo le tomará?".
  - "¿Qué ocurrirá después de la cirugía?".
  - "¿Cómo me sentiré durante la recuperación?".
- Infórmele al cirujano, anestesiólogo y enfermeras sobre cualquier alergia, e indique de cualquier reacción adversa a la anestesia, a cualquier medicamento o algún suplemento nutricional que esté tomando.

Enlaces sobre la seguridad del paciente

Para más información sobre la seguridad del paciente, por favor, visite:

- www.jointcommission.org/speakup.aspx "The Joint Commission's Speak Up™", un programa para la seguridad del paciente provisto por la Comisión Conjunta.
- www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx La Comisión Conjunta ayuda a que las organizaciones para el cuidado de la salud mejoren la calidad y seguridad del cuidado que brindan.
- www.ahrq.gov/patients-consumer/ La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés) tiene a su disposición una amplia lista de temas que no solo informan al consumidor sobre la seguridad del paciente, sino que también ayudan a elegir proveedores para el cuidado de la salud y a mejorar la calidad del servicio recibido.
- https://psnet.ahrq.gov/issue/national-patient-safety-foundation La Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente (National Patient Safety Foundation) tiene información sobre cómo garantizar una atención médica más segura para usted y su familia
- https://www.bemedwise.org El Consejo Nacional para la Educación e Información del Paciente ("National Council on Patient Information and Education"; NCPIE, por sus siglas en inglés) se dedica a mejorar la comunicación sobre el uso seguro y apropiado de los medicamentos.
- www.leapfroggroup.org El grupo Leapfrog se dedica a promover las prácticas adecuadas para el cuidado de la salud en hospitales.
- www.ahqa.org La Asociación Americana para la Calidad en el Cuidado de la Salud ("The American Health Quality Association"; AHQA, por sus siglas en inglés) representa a un grupo de organizaciones y profesionales del cuidado de la salud que trabajan para mejorar la seguridad de los pacientes.

Condiciones de salud adquiridas que son evitables ("*never events*")

Al ser admitido a un hospital para recibir tratamiento por una condición médica, usted no espera salir con lesiones, infecciones u otras enfermedades graves adicionales que se produzcan en el transcurso de su estadía. Aunque algunas de estas complicaciones pueden no ser evitables, algunos pacientes sí sufren lesiones o enfermedades que podrían haberse evitado si el doctor o el hospital hubiese tomado las debidas precauciones. Los errores en el cuidado médico que son claramente identificables, evitables y de graves consecuencias para los pacientes pueden indicar un problema significativo en la seguridad y credibilidad de un centro para el cuidado de la salud. Estos errores y las condiciones resultantes se conocen como "eventos adversos" ("*never event"*) o "eventos adversos graves" ("*serious reportable event"*).

Tenemos una política de pago de beneficios que fomenta que los hospitales reduzcan las probabilidades de condiciones adquiridas en el hospital, tales como ciertas infecciones, úlceras graves y fracturas. Esta política también ayuda a reducir los errores médicos que nunca deberían suceder. Cuando ocurra un evento adverso, ni su Plan FEHB ni usted incurrirán en gastos para corregir el error médico. No se le cobrará por los servicios de hospitalización relacionados con el tratamiento de las condiciones específicas adquiridas en el hospital ni por los servicios de hospitalización necesarios para corregir los eventos adversos, siempre y cuando utilice proveedores participantes de Triple-S Salud, Inc.

Información sobre el Programa FEHB

Información sobre la cubierta

Sin limitaciones por condiciones preexistentes

No nos negaremos a cubrir el tratamiento para una condición que usted tenía antes de suscribirse al plan simplemente porque la tenía antes de suscribirse.

Cubierta mínima esencial (MEC, por sus siglas en inglés)

La cubierta bajo este Plan cualifica como cubierta mínima esencial y cumple con el requisito de la responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Por favor, visite la página del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) www.irs.gov/uac/ Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision para más información sobre los requisitos para la cubierta mínima esencial individual.

Estándar de valor mínimo

Nuestra cubierta de salud cumple con el estándar de valor mínimo de 60% establecido por ACA. Esto significa que proveemos beneficios para cubrir, como mínimo, el 60% del total de los costos permitidos para los beneficios de salud esenciales. El estándar de 60% es un valor actuarial; la cantidad específica que usted paga de su bolsillo se determina de acuerdo con lo explicado en este folleto.

Dónde obtener información para subscribirse al Programa FEHB

Visite www.opm.gov/insure/health para información sobre cómo suscribirse, así como para obtener acceso a:

- Información sobre el Programa FEHB y los planes disponibles para usted
- Una herramienta para comparar los planes de salud
- Una lista de agencias que participan en Employee Express
- Un enlace a Employee Express
- Información sobre y enlaces a otros sistemas de suscripción electrónicos

Además, su oficina de empleo o de retiro puede contestar sus preguntas, proveerle folletos sobre otros planes y otros materiales que le permitan tomar una decisión informada sobre su cubierta bajo FEHB. Estos materiales le informan sobre:

- Cuándo puede cambiar su suscripción
- Cómo puede cubrir a sus familiares
- Qué sucede cuando se transfiere a otra agencia federal, se va de licencia sin paga, entra al servicio militar o se jubila
- Qué sucede cuando termina su suscripción
- Cuándo comienza el próximo periodo de suscripción

Nosotros no determinamos quién es elegible para la cubierta bajo el plan y, en la mayoría de los casos, no podemos cambiar su tipo de suscripción sin haber obtenido información de su oficina de empleo o de retiro. Para información sobre las deducciones de su prima, usted debe comunicarse con su oficina de empleo o de retiro.

Una vez inscrito en su plan del Programa FEHB, debe comunicarse con su proveedor del plan directamente para actualizaciones y preguntas sobre su cubierta de beneficios.

Tipos de inscripción disponibles para usted y su familia

La cubierta individual (Self Only) es para usted solamente. La cubierta de pareja (Self Plus One) es para usted y un miembro elegible de su familia. La cubierta familiar (Self and Family) es para usted, un miembro elegible de su familia o su cónyuge, y sus hijos que no hayan cumplido 26 años, lo cual incluye cualquier hijo adoptivo o menor que haya acogido legalmente en su hogar y que esté autorizado para cubierta por su oficina de empleo o retiro. Bajo ciertas circunstancias, usted también puede continuar la cubierta para un(a) hijo(a) con discapacidad de 26 años o más que sea incapaz de proveerse su sustento.

Si está suscrito a la cubierta individual, usted puede cambiar a la cubierta de pareja o familiar si se casa, tiene un hijo o acoge a un menor en su familia. Usted puede cambiar su cubierta desde 31 días antes y hasta 60 días después de ese evento. Su suscripción a la cubierta de pareja o familiar comienza el primer día del periodo de pago en que nace el bebé o este resulta elegible como miembro de la familia. Cuando cambia a la cubierta de pareja o familiar porque se casa, el cambio es efectivo el primer día del periodo de pago después de que su oficina de empleo recibe su formulario de suscripción. Su cónyuge no tendrá beneficios hasta que se casen. Es posible que el proveedor solicite que el asegurado principal corrobore la elegibilidad de cualquiera o todos sus familiares cubiertos bajo la póliza FEHB del asegurado.

Comuníquese con su oficina de empleo o jubilación si desea cambiar de Self Only a Self Plus o Self and Family. Si usted tiene una inscripción propia y familiar, puede comunicarse con nosotros para agregar un miembro de la familia.

Ni su oficina de empleo o de retiro **ni** nosotros le notificaremos cuando un familiar deje de ser elegible para recibir beneficios. Por favor, notifique inmediatamente de cualquier cambio en su estatus familiar. En otras palabras, favor informe sobre su matrimonio, divorcio, anulación o cuando su hijo(a) cumpla los 26 años.

Le enviaremos un aviso por escrito 60 días antes de cancelar proactivamente la inscripción de su hijo a la medianoche de su cumpleaños número 26, a menos que su hijo sea elegible para continuar con la cubierta porque no puede mantenerse a sí mismo debido a una discapacidad física o mental que comenzó antes de los 26 años.

Si usted tiene un evento de vida cualificado (QLE, por sus siglas en inglés), tal como un matrimonio, divorcio o un nacimiento fuera del periodo de suscripción para beneficios federales, usted puede ser elegible para suscribirse al Programa FEHB, cambiar su suscripción o cancelar la cubierta. Para una lista completa de QLE, visite la página web de FEHB www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events. Si necesita ayuda, por favor, comuníquese con su oficina de empleo, Oficial de Beneficios Tribales, oficina de personal/nómina u oficina de retiro.

Cubierta familiar

Los familiares bajo su cubierta familiar son su cónyuge (incluido su cónyuge por un matrimonio válido en el estado por derecho común) y los hijos según se describe abajo. Usted, junto con su cónyuge o cualquier otro familiar elegible, está cubierto bajo la cubierta de pareja, según se describe abajo.

Hijos biológicos, hijos adoptados e hijastros
Hijos biológicos, hijos adoptados e hijastros estarán cubiertos hasta que cumplan 26 años.

Hijos adoptivos

Los hijos adoptivos o colocados para adopción son elegibles para cubierta hasta que cumplen 26 años si usted provee evidencia documental de que le provee sustento regular y sustancial al menor y firma una certificación indicando que su hijo adoptivo cumple con todos los requisitos. Comuníquese con su Oficina de Recursos Humanos o del Sistema de Retiro para obtener más información.

Hijos incapaces de proveerse su sustento
Los hijos que son incapaces de proveerse su sustento, debido a una discapacidad mental o física que comenzó antes de los 26 años, serán elegibles para continuar con la cubierta. Comuníquese con su Oficina de Recursos Humanos o del Sistema de Retiro para obtener más información.

Hijos casados
Los hijos casados (pero **NO** sus cónyuges ni sus hijos propios) están cubiertos hasta que cumplan 26 años.

Menores que tienen o son elegibles para un seguro de salud patronal

Los menores que sean elegibles o tienen cubierta bajo el seguro de salud de sus patronos están cubiertos hasta que cumplan 26 años

Los recién nacidos de menores cubiertos están asegurados solo para el cuidado de enfermería rutinario durante la porción cubierta de la estadía por maternidad de la madre en el hospital.

Usted puede encontrar información adicional en www.opm.gov/healthcare-insurance.

Ley de Equidad para los Niños

OPM implementa la Ley de Equidad para los Niños del Programa de Beneficios de Salud para Empleados del Gobierno Federal de 2000. Esta ley exige que usted se suscriba a la cubierta de pareja o familiar bajo el Programa FEHB, si usted es un empleado sujeto a una orden judicial o administrativa que lo obligue a proveer cubierta de seguro de salud para su(s) hijo(s).

Si esta ley le aplica, usted tiene que suscribirse a la cubierta de pareja o familiar de un plan de salud que provea todos los beneficios en el área donde viven sus hijos, o debe presentar evidencia (documentación) en su oficina de empleo de que usted ha obtenido otra cubierta de salud para sus hijos. Si no lo hace, su oficina de empleo lo suscribirá involuntariamente de la siguiente manera:

- Su usted no tiene cubierta bajo FEHB, su oficina de empleo lo suscribirá a la cubierta de pareja o familia, según sea apropiado, en la opción más económica del plan a nivel nacional, según lo determine la OPM.
- Si ya tiene cubierta individual en un plan que reembolsa basándose en una tarifa por servicio o está suscrito a un plan HMO que presta servicios en el área donde viven sus hijos, su oficina de empleo cambiará su suscripción a pareja o familiar, según corresponda, en la misma opción del mismo plan; o
- Si usted está suscrito en un plan HMO que no presta servicios en el área donde sus hijos viven, su oficina de empleo cambiará su suscripción a la cubierta de pareja o familiar, según sea apropiado, en la opción más económica del plan a nivel nacional, según lo determine la OPM.

Mientras la orden judicial o administrativa esté en vigor y usted tenga por lo menos un hijo elegible para el Programa FEHB identificado en la orden, usted no podrá cancelar su suscripción, cambiar a un plan individual o cambiar a un plan que no brinde servicios en el área donde vive su hijo(a), a menos que presente documentación que establezca que tiene cubierta adecuada para sus hijos.

Si la orden judicial o administrativa sigue en vigor cuando usted se retira y tiene por lo menos un hijo elegible bajo el Programa FEHB, usted tiene que continuar su cubierta hasta la jubilación (si sigue siendo elegible) y no puede cancelarla, cambiar a un plan individual o cambiar a un plan que no preste servicios en el área donde viven sus hijos mientras continúe en vigor la orden judicial o administrativa.Igualmente, usted no puede cambiar a una cubierta de pareja si la orden judicial o administrativa identifica que tiene más de un hijo. Comuníquese con la oficina de empleo para más información.

¿Cuándo comienzan los beneficios y el pago de primas?

Los beneficios descritos en este folleto son efectivos a partir del 1 de enero. Si usted se suscribió al plan durante el periodo de suscripción, su cubierta comienza el primer día del primer periodo de pago que comienza en o después del 1 de enero. **Si cambió de plan o de opción durante el periodo de suscripción y usted recibe cuidado entre el 1 de enero y la fecha de efectividad bajo su nuevo plan u opción, sus reclamaciones serán procesadas de acuerdo con las disposiciones para el año 2027 de su plan u opción anterior.** Si ha alcanzado (o paga el costo compartido que resulta en) el desembolso máximo bajo su plan u opción anterior no pagará el costo compartido por los servicios cubiertos entre el 1 de enero y la fecha de efectividad de la cubierta bajo su nuevo plan u opción. Sin embargo, si su plan anterior dejó de participar en el Programa FEHB al finalizar el año 2027, usted estará cubierto bajo las disposiciones del plan de 2026 hasta la fecha de efectividad de la cubierta bajo su nuevo plan. Para los pensionados, la cubierta y las primas comienzan el 1 de enero. Si se suscribe al plan durante cualquier otro periodo del año, su oficina de empleo le informará de la fecha de efectividad de su cubierta.

Si su suscripción continúa después de que usted ya no es elegible para la cubierta (p. ej., se ha separado del servicio federal) y las primas no son pagadas, usted será responsable de todos los beneficios pagados durante el periodo en que no se hayan pagado primas. Su proveedor le facturará directamente por los servicios recibidos. Usted puede ser enjuiciado por fraude si intencionalmente obtiene beneficios de su seguro médico para los cuales no ha pagado primas. Es su responsabilidad saber cuándo usted o un familiar ya no es elegible para usar su cubierta de seguro de salud.

Cuando se jubile

Cuando se jubila, usted usualmente puede continuar en el Programa FEHB. Por lo general, usted debe haber estado suscrito al Programa FEHB durante los últimos cinco años de su servicio federal. Si no cumple con este requisito, usted puede ser elegible para otras alternativas de cubierta, como la Continuación de Cubierta Temporal (TCC, por sus siglas en inglés).

Cuando pierde los beneficios

Cuando termina la cubierta FEHB

Usted tendrá 31 días adicionales de cubierta, sin pagar prima adicional, cuando:

- Su suscripción termine, a menos que usted cancele su suscripción; o
- Usted es un familiar que ya no es elegible para la cubierta.

Cualquier persona cubierta bajo la extensión temporal de 31 días, y que esté recluida en un hospital o cualquier otra institución para cuidado o tratamiento el último día de la extensión temporal (el día 31), tiene derecho de continuar su estadía, pero no por más de 60 días después del final de terminar la extensión temporal de 31 días.

Usted podría ser elegible para la cubierta de equidad de cónyuges o asistencia para suscribirse a una póliza de conversión (una póliza individual que no esté bajo FEHB).

Al divorciarse

Si usted es un afiliado y su divorcio o anulación es definitiva, su excónyuge no puede permanecer cubierto como miembro de la familia bajo su inscripción Self Plus one o Self and Family. Debe comunicarse con nosotros para informarnos la fecha del divorcio o anulación y remover a su excónyuge. Es posible que le solicitemos una copia de la sentencia de divorcio como prueba. Para cambiar el tipo de inscripción, debe comunicarse con su oficina de empleo o jubilación. No se realizará un cambio automáticamente.

Si estuvo casado con un afiliado y su divorcio o anulación es definitiva, no podrá permanecer cubierto como miembro de la familia bajo la inscripción de su excónyuge. Esto es así aun cuando la corte le ha ordenado a su excónyuge que le provea cubierta de salud a usted. Sin embargo, usted puede ser elegible para la cubierta del Programa FEHB bajo la Ley de Equidad de Cónyuges o bajo la Continuación de Cubierta Temporal (TCC, por sus siglas en inglés). Si se ha divorciado recientemente o anticipa un divorcio, comuníquese con la oficina de empleo o de retiro de su excónyuge para obtener información adicional sobre las alternativas de cubierta disponibles. Usted también puede visitar la página web de la OPM en http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/plan-information/. Es posible que le solicitemos que verifique la elegibilidad de cualquiera o todos los miembros de la familia que están cubiertos según la inscripción de FEHB del afiliado.

Continuación de Cubierta Temporal (TCC, por sus siglas en inglés)

Si usted deja el servicio federal, empleo tribal o pierde el derecho a su cubierta porque ya no cualifica como familiar, usted podría ser elegible para TCC. Por ejemplo, usted puede elegir TCC si no puede continuar en el Programa FEHB después de retirarse, si pierde su empleo federal o tribal, si es un hijo dependiente que estaba cubierto y cumple 26 años, etc.

Usted no puede elegir TCC si ha sido despedido de su trabajo federal o tribal debido a una conducta o falta grave.

Cómo suscribirse a TCC Obtenga el folleto RI 79-27 de su oficina de empleo o de retiro. También puede obtenerlo a través de www.opm.gov/healthcare-insurance. Este documento explica lo que debe hacer para afiliarse.

Como alternativa, usted puede comprar una cubierta a través del mercado de seguros médicos en el que, de acuerdo con sus ingresos, usted podría ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce sus primas mensuales. Visite www.HealthCare.gov para comparar los planes y ver sus primas, deducibles y costos de su bolsillo antes de tomar la decisión de afiliarse. Por último, si usted cualifica para la cubierta bajo otro plan de salud grupal (p. ej., el plan de su cónyuge), es posible que pueda afiliarse a este plan, siempre y cuando usted aplique dentro de los 30 días luego de haber perdido la cubierta del programa FEHB.

Cambio a cubierta individual

Usted puede cambiar a una póliza individual que no es parte del programa FEHB si:

- Su cubierta bajo TCC o bajo la cubierta de ex-cónyuge. (Si canceló la cubierta o no pagó las primas, no puede cambiar);
- Usted decidió no recibir su cubierta bajo TCC o la cubierta de ex- cónyuge; o
- Usted no es elegible bajo TCC o bajo la cubierta de ex-cónyuge.

Si usted deja el servicio federal o tribal, la agencia u oficina que le emplea le notificará su derecho a cambiar su póliza. Usted debe solicitar dicho cambio por escrito dentro de los 31 días siguientes al recibo de esta notificación. Sin embargo, si usted es un familiar que está perdiendo su cubierta, la oficina de empleo o de retiro **no** se lo notificará. Usted debe solicitarlo por escrito dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que usted ya no es elegible para cubierta.

Sus beneficios y primas serán diferentes a los que tenía bajo el Programa FEHB. Sin embargo, usted no tendrá que contestar ninguna pregunta sobre su salud, no se le impondrá un periodo de espera y su cubierta no estará limitada por condiciones preexistentes. Cuando se comunique con nosotros, le asistiremos en obtener información sobre los beneficios de salud dentro o fuera del mercado de seguros médicos de ACA en su estado. Para obtener asistencia en conseguir su cubierta, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 6081 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o visite nuestra página web www.ssspr.com.

Mercado de seguros médicos

Si usted desea adquirir un seguro de salud a través del mercado de seguros médicos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), visite **www.HealthCare.gov**. Esta página es provista por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, y esta proporciona información actualizada sobre el mercado de seguros médicos.

Sección 1. Cómo funciona este plan

Este es un Plan HMO (HMO significa "Health Maintenance Organization", Organización para el Mantenimiento de la Salud). La OPM requiere que los planes FEHB estén acreditados para garantizar que las operaciones del plan y/o manejo de cuidado cumplan con los estándares nacionales reconocidos. Triple-S Salud, Inc. está acreditado por URAC. Para conocer más sobre la acreditación de este plan, favor visite nuestra página web: www.ssspr.com. Le pedimos que usted visite aquellos médicos, hospitales y otros proveedores que tengan contrato con nosotros. Estos proveedores del plan coordinan sus servicios de cuidado de salud. Nosotros somos los responsables de la selección de estos proveedores en su área. Comuníquese con nosotros para recibir una copia de nuestro directorio de proveedores más reciente o visita la siguiente página web: www.ssspr.com/postal para acceder a una versión digital o a la plataforma de búsqueda.

Los planes HMO enfatizan el cuidado preventivo como las visitas rutinarias al médico, exámenes físicos, cuidado para bebés saludables e inmunizaciones, además del tratamiento para enfermedades y lesiones. Nuestros proveedores siguen las prácticas médicas generalmente aceptadas cuando recetan algún curso de tratamiento.

Los beneficios que se ofrecen bajo este plan podrán ser modificados por Triple-S Salud, Inc. para autorizar el pago de métodos de tratamiento o terapias que, aunque el plan no los provee expresamente, no están prohibidos por ley o reglamento, si de algún modo ese método o terapia resulta igual de rentable que proveer beneficios a los que ya el asegurado tiene derecho.

Cuando usted reciba servicios de los proveedores del plan, usted no tendrá que presentar hojas de reclamación ni pagar facturas. Usted solo tendrá que pagar los copagos y coaseguros que se describen en este folleto. Cuando usted reciba servicios de emergencia de proveedores que no tienen contrato con el plan, usted tendrá que presentar formularios de reclamación.

Usted debe suscribirse a un plan HMO porque prefiere los beneficios que proporciona y no porque un proveedor en particular esté disponible con dicho plan. Usted no podrá cambiar de plan solo porque un proveedor deje nuestro plan. No podemos garantizarle que un médico, hospital u otro proveedor estará disponible o continuará con nosotros.

¿Quién provee mi cuidado de salud?

Triple-S Salud, Inc. es un plan individual de prepago. Usted puede recibir cuidado de cualquier proveedor del plan. Un proveedor del plan es un doctor en medicina (M.D.) con licencia para ejercer su práctica en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o en las Islas Vírgenes de EE. UU., y quien ha aceptado las tarifas establecidas por Triple-S Salud, Inc. como pago total por cirugía u otros servicios específicos. Si usted recibe servicios de un proveedor no participante, usted tendrá que pagar la cantidad total por los servicios recibidos y Triple-S Salud, Inc. le reembolsará según las tarifas establecidas. Un proveedor no participante es un doctor en medicina (M.D.) licenciado que no tiene contrato con el plan. Los proveedores que no tienen contrato con el plan no están obligados a aceptar las tarifas establecidas por Triple- S Salud como pago total. La mayoría de los proveedores en Puerto Rico son proveedores del plan.

Usted también puede recibir servicios de un hospital del plan. Este es un hospital general que tiene licencia para operar en Puerto Rico o en las Islas Vírgenes de EE. UU. que tiene contrato con Triple-S Salud, Inc. o Blue Cross Blue Shield para prestar servicios hospitalarios a los asegurados de Triple-S Salud, Inc. Un hospital no participante es una institución licenciada que se dedica principalmente a proveer servicios de diagnóstico y tratamiento bajo supervisión médica y con servicios de enfermería graduada las 24 horas del día para pacientes hospitalizados. Usted tendrá que pagar cualquier diferencia entre los cargos del hospital que no es proveedor del plan y la cantidad que Triple-S Salud, Inc. le paga por usted.

Los beneficios que usted recibe en Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE. UU. se pagan de acuerdo con el listado de tarifas por beneficios médicos de Triple-S Salud, Inc. en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU. El plan se basa en este listado de tarifas establecidas para los gastos por servicios médicos cubiertos cuando los servicios se prestan dentro del área de servicio. Cuando se presten servicios de emergencia fuera del área de servicio, este plan pagará basándose en los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se preste el servicio o según las tarifas del plan local de Blue Cross Blue Shield. Cuando precertifiquemos los servicios que usted reciba fuera del área de servicio, nosotros pagaremos los servicios cubiertos conforme a: 1) los cargos, usuales, acostumbrados y razonables del área donde se proporcionaron los servicios; 2) las tarifas del plan local de Blue Cross Blue Shield; o 3) las tarifas establecidas por Triple-S Salud, Inc. La precertificación escrita que le proveemos a usted y al proveedor indicará las tarifas que usaremos. Cuando usted reciba servicios cubiertos fuera del área de servicio que no son de emergencia ni están precertificados, le reembolsaremos el 90% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, Inc. luego de descontar cualquier copago o coaseguro aplicable. Usted será responsable de los cargos facturados por estos servicios.

Para servicios recibidos por un empleado (no disponible para sus dependientes) debido a una Asignación de Trabajo Temporal (TDY, por sus siglas en inglés), Triple-S Salud, Inc. pagará de acuerdo con las tarifas usuales, acostumbradas y razonables del área donde se prestaron los servicios. La agencia debe proveer una carta oficial notificando a Triple-S Salud, Inc. de la Asignación de Trabajo Temporal. Los servicios se cubrirán por un periodo de hasta un máximo de tres (3) meses.

Para los servicios recibidos por un dependiente que sea estudiante a tiempo completo en una institución educativa reconocida en los Estados Unidos, Triple-S Salud, Inc. pagará de acuerdo con las tarifas usuales, acostumbradas y razonables del área donde se prestaron los servicios. El dependiente debe presentar una certificación de la institución educativa reconocida como constancia de estudios. Este es un requisito para determinar la elegibilidad del estudiante a tiempo completo y debe tener las siguientes especificaciones: El documento debe tener el sello oficial de la institución y debe indicar el total de créditos, así como la fecha de inicio y término del período de clases. (Para grado asociado o licenciatura se consideran 12 créditos o más y para maestría o posgrado 6 créditos o más). El asegurado deberá enviarnos la evidencia actualizada de cada semestre, cuatrimestre o trimestre, según corresponda. El mismo beneficio se aplicará a los estudiantes que ingresen a TCC por su edad mientras sean estudiantes de tiempo completo. Por favor envíe esta solicitud incluyendo su nombre y número de identificación directamente a: servicioalcliente@ssspr.com

Beneficios de libre selección ("Open Access")

Nuestro Plan HMO ofrece beneficios de libre selección ("Open Access") en nuestra área de servicio. Esto significa que usted puede recibir servicios cubiertos de un proveedor participante sin necesitar un referido de su médico de cabecera o de algún otro proveedor participante de nuestra red.

Beneficios de Punto de Servicio (POS)

Nuestro HMO ofrece beneficios de punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés). Esto significa que usted puede recibir servicios cubiertos de un proveedor no participante. Sin embargo, usted pagará más en costos de su bolsillo por estos servicios fuera de la red de lo que pagaría si el servicio lo obtuviera de proveedores de la red. Cuando usted recibe servicios fuera de la red, nosotros pagamos el 90% de las tarifas establecidas por los cargos permitidos. Usted es responsable de pagarle al proveedor no participante al momento de recibir los servicios cubiertos, y luego debe presentar una solicitud para obtener un reembolso. Nosotros le reembolsaremos a usted directamente por los servicios cubiertos, a menos que el proveedor acepte asignación de beneficios. Usted es responsable de todos los cargos que excedan nuestro pago. Podrá someter su reembolso a partir de la fecha del servicio y tendrá hasta el 31 de diciembre del año consecutivo como fecha límite para someterlo. Ejemplo: Si los servicios se reciben durante 2026, tendrá hasta el 31/12/2027 para enviarnos el reembolso.

Cómo le pagamos a nuestros proveedores

Nosotros contratamos médicos individuales, grupos médicos y hospitales para proveer los beneficios incluidos en este folleto. Estos proveedores del plan aceptan un pago negociado con nosotros y usted solo será responsable por sus gastos compartidos (copagos, coaseguros, deducibles, y los servicios y suplidos no cubiertos). Reembolsamos a nuestros asegurados en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU. por servicios recibidos fuera de la red y en función del listado de tarifas por beneficios médicos. Los asegurados serán responsables de los cargos facturados por esos servicios. Cuando se presten servicios de emergencia fuera del área de servicio, este plan pagará basándose en los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se preste el servicio o según las tarifas del plan local de Blue Cross Blue Shield. Cuando precertifiquemos los servicios que usted reciba fuera del área de servicio, nosotros pagaremos los servicios cubiertos conforme a: 1) los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área donde se prestaron los servicios; 2) las tarifas del plan local de Blue Cross Blue Shield; o 3) las tarifas establecidas por Triple-S Salud, Inc. La precertificación escrita que le proveemos a usted y al proveedor indicará las tarifas que usaremos. Cuando usted reciba servicios cubiertos fuera del área de servicio que no son de emergencia ni están precertificados, le reembolsaremos el 90% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, Inc. luego de descontar cualquier copago o coaseguro aplicable. Usted será responsable de los cargos facturados por estos servicios.

Sus derechos y responsabilidades

La OPM requiere que todos los planes FEHB provean cierta información a los asegurados de FEHB. Usted puede obtener información sobre nosotros, nuestras redes y nuestros proveedores. El portal de Internet de FEHB de la OPM, www.opm.gov/insure, detalla el tipo de información que debemos proveerle. A continuación, se detalla alguna de la información requerida:

- Triple-S fue fundada por un grupo de médicos y dentistas en el 1959, y ha sido una opción de seguro de salud para los empleados y pensionados federales desde el 1962.
- Triple-S es un concesionario independiente de Blue Cross Blue Shield Association (BCBS). Triple-S Management Corporation es una compañía que cotiza acciones en la Bolsa de Valores de Nueva York bajo el símbolo de GTS.

Usted también tiene derecho a una amplia gama de protecciones al consumidor y tiene responsabilidades específicas como asegurado de este plan. Puede ver la lista completa de estos derechos y responsabilidades visitando nuestra página web, Triple-S Salud, Inc., en www.ssspr.com. También puede comunicarse con nosotros para solicitar que le enviemos una copia por correo.

Si desea más información sobre nosotros, puede llamar al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o puede escribir al PO Box 363628, San Juan, Puerto Rico 00936-3628. También puede visitar la página web de Triple-S en www.ssspr.com.

Por ley, usted tiene el derecho de acceder a su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre el acceso a PHI, visite nuestra página web de Triple-S Salud, Inc. en www.ssspr.com y obtenga la Notificación de Prácticas de Privacidad. También puede comunicarse con nosotros para solicitar que le enviemos una copia de esta notificación.

Sus reclamaciones y expedientes médicos son confidenciales

Nosotros mantendremos la confidencialidad de sus expedientes médicos y reclamaciones. Por favor, tenga en cuenta que nosotros podremos divulgar la información de sus reclamaciones y expedientes médicos (incluyendo la utilización de medicamentos con receta) a cualquier médico que le atienda para el tratamiento de alguna condición o a cualquier farmacia que despache sus medicamentos.

Área de servicio

Para afiliarse a este plan, usted y sus dependientes deben residir en nuestra área de servicio. Aquí es donde nuestros proveedores tienen su práctica. Nuestra área de servicio se limita a: Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.

Si usted o algún familiar cubierto por el plan se muda fuera de nuestra área de servicio, usted puede suscribirse a otro plan. Si sus familiares cubiertos viven fuera del área (p. ej., si su hijo va a la universidad en otro estado), usted debe considerar afiliarse a un plan de pago por servicio o a un plan HMO que tenga contratos con asegurados en otras áreas. Este plan ofrece reciprocidad con la red de Blue Cross Blue Shield a través del Programa Blue Card sujeto a los términos y condiciones de este plan. Si usted o algún familiar se muda, usted no tiene que esperar al próximo periodo de suscripción para cambiar de plan. Comuníquese con su oficina de empleo o de retiro.

Sección 2. Cambios para el 2027

No se base únicamente en la descripción de estos cambios; esta Sección no es una declaración oficial de beneficios. Para ello, consulte la Sección 5, "Beneficios". También, hemos editado y aclarado el lenguaje a lo largo de este folleto; cualquier cambio en lenguaje que no se refleje aquí solo se trata de una aclaración que no afecta los beneficios.

Cambios a este plan

- Su parte de la tarifa de la prima aumentará para las opciones cubierta individual (Self Only), la cubierta de pareja (Self Plus One) y la cubierta familiar (Self and Family). Vea la página 90
- El Beneficio Dental ya no cubrirá los servicios de restauración, los servicios generales, la endodoncia y la cirugía oral. Vea la Sección 5(g) Beneficio Dental, página 68.
- No se cubrirá las intervenciones quirúrgicas y los medicamentos recetados en relación con la modificación de los rasgos sexuales por disforia de género. Los servicios de terapia para casos de disforia de género, tanto potenciales como diagnosticados, seguirán estando cubiertos cuando los provea un profesional de la salud mental colegiado. Vea la Sección 5(e).
- Vamos a eliminar el copago de $10 dólares por visita y el copago de $25 dólares por centro para los servicios de esterilización masculina voluntaria para dentro de la red. Vea la Sección 5(a) Planificación Familiar, página 35
- Aumentaremos la periodicidad de la prueba de Papanicolaou a una vez cada 12 meses sin copago dentro de la red. Vea la sección 5(a), Cuidado Preventivo, adulto, página 30
- El medidor de flujo respiratorio está cubierto como Equipo Médico Duradero para los afiliados con COPD o Asma, mediante orden una médica. Hay un copago del 25 % para los proveedores de la red, con un límite de una unidad por afiliado al año. Véase la sección 5(a), «Equipo Médico Duradero», página 41.
- Eliminaremos el costo compartido de los servicios provistos en las Clínicas SALUS y Centros de Urgencia SALUS. Los afiliados no pagarán nada por los siguientes servicios: consultas con médicos generales y especialistas, análisis de laboratorio, pruebas vasculares no invasivas, pruebas cardiovasculares, visitas al podiatra y visitas rutinarias de cuidado de los pies. Vea la sección 5(a) páginas y 28-29 y 40, Sección 5(d), página 58
- Consultas médicas virtuales a través de Carestations MiConsulta MD con un copago de $0 dólares. Vea la página 29.
- Se añade cobertura para acupuntura para el dolor lumbar crónico a $0 copago dentro de la red, y 10% coaseguro fuera de la red; hasta 12 visitas en 90 días. Vea Sección 5(a), página 43.
- Vamos a añadir cubierta para consultores en lactancia certificados por la junta profesional. Vea la Sección 5(a) Cuidado de Maternidad, página 34.
- Hemos mejorado el **Programa de Obesidad**: Nuestro programa le pone en contacto con un representante especializado que le ayudará a orientarse entre la gama de servicios diseñados para ayudarle a perder peso y mantener un estilo de vida saludable. No tiene que pagar nada por participar en el programa de obesidad, pero se aplica un copago para los servicios médicos o medicamentos. Estos servicios incluyen:
  - Terapia Conductual Intensiva: Trabaja con un profesional de la salud tiene para desarrollar hábitos y comportamientos saludables. Hasta 18 visitas al año, $7.50 copago por visita.
  - Apoyo Nutricional: Reciba orientación personalizada sobre alimentación saludable y nutrición. Máximo de seis (6) visitas; $0 copago por visita.
  - Medicamentos Anti - Obesidad (GLP-1): Si otros métodos no han funcionado, podemos proveer acceso a medicamentos, junto con orientación y apoyo. Aplica un copago del 50 % para los medicamentos de GLP-1.
  - Atención Especializada en Obesidad: Atención más especializada, contamos con vías claras de acceso para garantizar que reciba la ayuda que necesita.
  - Apoyo conductual: acceso a asesoramiento y apoyo para ayudarle a mantener el rumbo.

Sección 3. Cómo obtener su cuidado médico

Tarjetas de identificación

Le enviaremos una tarjeta de identificación cuando se suscriba. Usted debe llevar esa tarjeta de identificación con usted todo el tiempo. Debe mostrar la tarjeta siempre que reciba servicios de un proveedor del plan o compre una receta en una farmacia del plan. Su tarjeta de identificación no tiene fecha de expiración para asegurar la continuidad de los servicios y evitar que tenga que esperar por una tarjeta nueva. Hasta que reciba su tarjeta de identificación del plan, usted podrá usar su Formulario de Selección de Beneficios, SF 2809 ("Health Benefits Election Form"), su carta de confirmación de suscripción al plan de beneficios de salud (para pensionados) o la carta de confirmación de suscripción al sistema electrónico (como Employee Express).

Si usted no recibe su tarjeta de identificación del plan dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de su suscripción, o si necesita reemplazar su tarjeta, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o escriba a Triple-S Salud, Inc., Departamento de Servicio al Cliente, 1441 Avenida Roosevelt, San Juan, Puerto Rico 00920. También puede solicitar el reemplazo de tarjetas a través de nuestra página web www.ssspr.com.

¿Dónde puede obtener los servicios cubiertos?

Usted puede obtener servicios para el cuidado de la salud de proveedores del plan y de instalaciones participantes. Usted solo pagará copagos y/o coaseguros. Si usted usa nuestro programa de punto de servicio, también podrá obtener cuidado de proveedores no participantes. No obstante, esto le costará más. Si usa nuestro programa de beneficios de libre selección ("Open Access"), usted podrá recibir los servicios cubiertos de un proveedor participante sin necesidad de un referido de su médico de cabecera o de algún proveedor participante de la red.

Proveedores del plan

Los proveedores del plan son médicos y otros profesionales de la salud en nuestra área de servicio con los que contratamos para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros. Los servicios proporcionados por los Proveedores del Plan están cubiertos cuando actúan dentro del alcance de su licencia o certificación según la ley estatal aplicable. Acreditamos a los proveedores del plan según estándares nacionales.

Los beneficios se brindan bajo este plan para los servicios de proveedores cubiertos, de acuerdo con la Sección 27206(a) de la Ley del Servicio de Salud Pública. La cubierta de los profesionales no está determinada por la designación de su estado como área medicamente desentendida.

Incluimos a nuestros proveedores en el directorio de proveedores que actualizamos periódicamente. Esta lista también está disponible en nuestra página web.

Los beneficios descritos en este folleto están disponibles para todos los asegurados que cumplan con los requisitos médicos necesarios, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión, sexo, embarazo o información genética.

Este plan proporciona coordinadores de atención para condiciones complejas y se puede contactar al 787-706-2552 opción 3 para obtener ayuda.

Facilidades del plan

Las facilidades del plan incluyen los hospitales y otras instalaciones en nuestra área de servicio que hemos contratado para que nuestros asegurados reciban servicios cubiertos por el plan. Estos proveedores están incluidos en el directorio de proveedores que actualizamos regularmente. Esta lista también está disponible en nuestra página web.

Red de hospitales de cuidado coordinado

Encontrará personal de Triple-S ubicado en los hospitales de la red para proveerle material educativo y coordinar sus servicios, tales como:

- Proceso de admisión
- Precertificaciones
- Visitas al médico luego de haber sido dado de alta

Vea el directorio de proveedores para conocer cuáles hospitales dentro de la red proveen estos servicios.

Otros proveedores

Proveedores no participantes del plan son médicos, grupos médicos o proveedores que no tienen contrato activo con Triple-S, pero que son profesionales de la salud y proveedores de servicios cubiertos por este plan. Reembolsaremos a nuestros asegurados a base de nuestras tarifas establecidas.

Refiérase a la Sección 1, "Cómo funciona este plan", bajo "Cómo le pagamos a nuestros proveedores", para más información sobre los reembolsos de proveedores no participantes.

¿Qué debe hacer para obtener servicios cubiertos?

Esto depende del tipo de cuidado que usted necesite. Primero, usted y cada asegurado de su familia deben escoger un proveedor de cabecera. Esta decisión es importante ya que el médico de cabecera es el que proveerá o coordinará la mayor parte de lo que conlleva su cuidado de salud.

Cuidado primario

Su proveedor de atención primaria puede ser un médico de familia o, por ejemplo, un internista. Su médico le proveerá la mayor parte de su cuidado de salud o le referirá a un especialista.
Si usted desea cambiar su médico generalista o si su médico generalista deja el plan, llámenos. Nosotros le ayudaremos a escoger otro.

Cuidado especializado

Su médico de cabecera le referirá a un especialista para el cuidado necesario.

A continuación, aclaramos otros detalles que usted debe saber sobre el cuidado especializado:

- Si usted ya ve a un especialista y este abandona el plan, comuníquese con nosotros. Le proveeremos una lista de especialistas en su área. Usted podrá continuar recibiendo servicios de su médico especialista hasta que podamos hacer los arreglos para que usted vea a otro médico.
- Usted puede seguir visitando a su especialista durante un máximo de 90 días si está recibiendo tratamiento para una condición crónica o discapacitante y pierde el acceso a su especialista porque:
  - Terminamos nuestro contrato con su especialista por alguna razón;
  - Nos damos de baja del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB) y usted se suscribe a otro plan FEHB; o
  - Redujimos nuestra área de servicio y usted se suscribe a otro plan FEHB;

Contáctenos al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-981-3241 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o, si dejamos de participar en el Programa, comuníquese con su nuevo plan.

- Si usted está en el segundo o tercer trimestre de embarazo y pierde acceso a su especialista por las circunstancias antes mencionadas, usted podrá continuar viendo a su especialista hasta el final del cuidado postparto, aun si excede los 90 días.

Nota: Si pierde el acceso a su especialista porque cambió de compañía o de opción de plan, comuníquese con su nuevo plan.

Cuidado hospitalario

Su generalista o especialista del plan hará los arreglos necesarios con el hospital y supervisará su cuidado. Esto incluye la admisión a un centro de enfermería especializada o cualquier otro tipo de facilidad.

Si está hospitalizado cuando su póliza entra en vigor

Nosotros pagaremos por los servicios cubiertos desde la fecha de efectividad de su suscripción. Sin embargo, si usted está en el hospital cuando empieza su afiliación al plan, llame inmediatamente a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. Si usted es nuevo en el Programa FEHB, nosotros haremos los arreglos para que usted reciba el cuidado que necesita y proveeremos los beneficios de sus servicios cubiertos mientras esté hospitalizado, comenzando en la fecha de entrada en vigor de su cubierta.

Si usted cambió de otro plan FEHB a nuestro plan, el anterior pagará por la estadía en el hospital hasta:

- Que usted sea dado de alta, y no simplemente trasladado a un centro de cuidado alternativo;
- El día en que los beneficios de su plan anterior terminen; o
- El día 92 después de que se haga asegurados de este plan, lo que ocurra primero.

Estas estipulaciones aplican solo a los beneficios de una persona hospitalizada. Si su plan termina su participación en el Programa FEHB parcial o totalmente, o si la OPM ordena un cambio en suscripción, entonces esta estipulación de continuación de cubierta no es aplicable. En dichos casos, los beneficios del familiar hospitalizado en virtud del nuevo plan comienzan en la fecha de entrada en vigor de la cubierta.

Protección de Facturación de Saldo

Planes del Programa FEHB deben tener cláusulas en sus acuerdos de proveedores participantes dentro de la red. Estas cláusulas establecen que, para un servicio que es un beneficio cubierto en Póliza o para los servicios que se determina que no son medicamente necesarios, el proveedor dentro de la red acepta eximir de responsabilidad al asegurado (y no puede facturar) por la diferencia entre el cargo facturado y el monto contratado dentro de la red. Si un proveedor de la red le factura por servicios cubiertos por encima de su costo compartido normal (deducible, copago, coaseguro), comuníquese con su Plan para hacer cumplir los términos de su contrato con el proveedor.

Necesita preautorización del plan para ciertos servicios

Como su médico participante coordina hospitalizaciones y la mayoría de los referidos a especialistas, el proceso de aprobación de reclamaciones pre-servicio solo aplica al cuidado descrito bajo "Otros servicios", o a cuidado fuera de la red cuando usted se auto refiere.

Usted debe obtener una preautorización para ciertos servicios. El no hacerlo resultará en la denegación del servicio

Admisión hospitalaria

Precertificación es el proceso mediante el cual nosotros evaluamos la necesidad médica y los días propuestos para la estadía hospitalaria para tratar su condición.

Otros servicios

Su médico generalista le podrá referir a la mayoría de los servicios. Sin embargo, para ciertos servicios, su médico del plan deberá obtener nuestra aprobación. Antes de darle nuestra aprobación, consideramos si el servicio está cubierto, si es médicamente necesario y si sigue las directrices de la práctica médica generalmente aceptada. Nosotros le llamamos a esto precertificación de evaluación y aprobación. Llámenos al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

Le proveeremos los beneficios por servicios cubiertos solo cuando sean médicamente necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad o condición. Usted o su plan debe obtener precertificación de este plan para los siguientes beneficios o servicios:

- Servicios fuera del área de servicio, excepto en casos de emergencia (precertificaremos servicios fuera del área de servicio [lo que incluirá la determinación de pago] solo para aquellos servicios que no estén disponibles en Puerto Rico);
- Medicamentos de quimioterapia, radioterapia y pruebas genéticas;
- Renta y compra de equipo médico duradero (DME);
- Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés);
- Trasplantes de órganos y tejidos (vea Nota al final);
- Litotricia;
- Osteotomía;
- Mamoplastía;
- Terapia con hormonas de crecimiento;
- Medicamentos identificados que requieren precertificación en la Lista de Medicamentos;
- Tomografía por emisión de positrones (PET y PET-CT, por sus siglas en inglés);
- Septoplastia;
- Rinoplastía;
- Blefaroplastia;
- Cirugías que se practican en consultorios, pero que se harán en un hospital;
- Tratamiento quirúrgico para tratar la obesidad mórbida (cirugía bariátrica);
- Válvula del habla para traqueotomía protésica
- Prótesis traqueoesofágica para la voz
- Bombas de insulina y/o suplidos
- Reemplazo de implantes; y,
- Tratamiento de linfedemas, si este no involucra ninguna complicación física luego de una mastectomía
- Servicios de infertilidad

Nota: Existe un proceso especial de preautorización para trasplantes. Para ser considerados para un trasplante de órgano/tejido, los asegurados deben:

- Tener un diagnóstico que indique la necesidad de un trasplante;
- Tener un historial médico con documentos recientes que incluyan resultados de laboratorios, exámenes y consultas; y
- Cumplir con los criterios clínicos para el trasplante.

Puede enviar el referido al Departamento de Manejo de Casos por fax al 787-625-8650 o al 787-774-4824, o por correo electrónico a manejocasos@ssspr.com. Todos los servicios para trasplante de órgano/tejido requieren preautorización.

Cómo solicitar una precertificación para una admisión u otros servicios

Cuando usted se mantiene dentro de nuestra red, los proveedores de la red se encargan de tramitar la precertificación por usted. Si usted busca un servicio fuera de la red, su médico, su hospital, usted o su representante debe llamarnos al (787) 774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. previo a su admisión o previo a recibir los servicios que requieren precertificación.

Luego, debe proveer la siguiente información:

- Nombre del asegurado y número de identificación del plan;
- Nombre del paciente, fecha de nacimiento, número de identificación y de teléfono;
- Razón para la hospitalización, tratamiento sugerido o cirugía;
- Nombre y número de teléfono del médico que le admite;
- Nombre del hospital o facilidad; y
- Número de días solicitados para la estadía en el hospital.

Reclamaciones que no sean para cuidado urgente

Para reclamaciones de cuidados no urgentes, nosotros le indicaremos al médico y/o la facilidad sobre el cuidado que certificamos para servicios que requieren preautorización. Tomaremos nuestra decisión dentro de los 15 días siguientes a la fecha de recibir la reclamación de pre-servicio. Si circunstancias fuera de nuestro control requieren una extensión de tiempo, podríamos tomar hasta 15 días adicionales para la evaluación y le notificaremos de la necesidad de la extensión de tiempo antes de que se haya cumplido el periodo inicial de 15 días. Nuestra notificación indicará las circunstancias que motivan la solicitud de extensión y la fecha en la cual se espera una determinación.

Si necesitamos una extensión porque usted no ha enviado la información requerida, nuestra notificación describirá la información específica requerida y le permitiremos hasta 60 días desde la fecha de recibo de la notificación para que provea la información.

Reclamaciones para cuidado de urgencia

Si usted tiene una reclamación de cuidado de urgencia (i.e., cuando la espera regular para recibir su tratamiento o cuidado médico pueda poner en peligro su vida, salud, o habilidad de recuperar una máxima funcionalidad, o en la opinión de un médico con conocimiento de su condición, lo sometería a dolor severo que no se podría manejar adecuadamente sin ese tratamiento o servicio), revisaremos su reclamación de manera expedita y le notificaremos nuestra decisión dentro de 72 horas. Si usted solicita que revisemos su reclamación como una reclamación para cuidado de urgencia, revisaremos la documentación que usted provea y determinaremos si se trata de una reclamación de cuidado de urgencia o no. Se aplicará el juicio de una persona prudente que posea un conocimiento promedio de la salud y la medicina para dicha determinación.

Si usted no provee suficiente información, nos comunicaremos con usted dentro de las próximas 24 horas luego de haber recibido la reclamación y le notificaremos la información específica que necesitamos para completar nuestra revisión. Usted tendrá las próximas 48 horas para proveer la información requerida. Tomaremos nuestra decisión sobre la reclamación dentro de las 48 horas a partir de (1) la fecha en que recibimos la información adicional, o (2) el final del plazo, lo que ocurra primero.

Le podríamos notificar nuestra decisión verbalmente dentro de los plazos indicados, pero le daremos seguimiento por escrito o correo electrónico después de los tres días de la notificación verbal.

Usted puede solicitar que su reclamación de cuidado de urgencia en apelación sea revisada simultáneamente tanto por nosotros como por la OPM. Por favor, déjenos saber si le interesa una revisión simultánea de su reclamación de cuidado de urgencia por la OPM. Nos puede notificar por escrito al momento de apelar nuestra decisión inicial o llamando al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. Además, puede llamar a Health Insurance 2 de la OPM al (202) 606- 3818, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del este, para solicitar la revisión simultánea. Nosotros cooperaremos con la OPM para que pueda evaluar su reclamación de apelación rápidamente. Además, si usted no indicó que su reclamación era de cuidado de urgencia, llámenos al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. Si se determina que su reclamación es de cuidado de urgencia, nosotros aceleraremos nuestra evaluación (si aún no hemos dado respuesta a su reclamación).

Reclamaciones de cuidado concurrente

Una reclamación de cuidado concurrente supone un cuidado provisto durante un periodo de tiempo o por cierta cantidad de tratamientos. Cualquier reducción o terminación de nuestro curso de tratamiento pre-aprobado antes de que finalice el periodo aprobado o número de tratamientos será tratada como una decisión apelable. Esto no incluye la reducción o terminación debido a cambios en beneficios o el fin de su afiliación. Si creemos que una reducción o terminación está justificada, le daremos tiempo suficiente para apelar y obtener nuestra decisión antes de que la reducción o terminación entre en vigor.

Si usted solicita una extensión a un tratamiento en curso, al menos 24 horas antes de que expire el periodo de tiempo aprobado y esto también sea una reclamación de cuidado de urgencia, nosotros tomaremos una decisión dentro de las 24 horas luego de haber recibido dicha reclamación.

Admisión hospitalaria de emergencia

Si usted tiene una admisión hospitalaria de emergencia debido a una condición que usted entiende pone su vida en peligro o que pueda causar serios daños a alguna función física, usted, su representante, el médico o el hospital debe llamarnos dentro de dos días laborables luego de la admisión hospitalaria de emergencia, aunque le hayan dado de alta del hospital.

Cuidado de maternidad

No necesita precertificación de admisión por maternidad para un parto de rutina. Sin embargo, si su condición médica requiere que permanezca más de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea, entonces su médico o el hospital deben comunicarse con nosotros para obtener una precertificación de días adicionales. Además, si su bebé se queda después de que le den el alta, su médico o el hospital deben comunicarse con nosotros para obtener una precertificación de días adicionales para su bebé.

Nota: Cuando un recién nacido requiere tratamiento definitivo durante o después de la estadía hospitalaria de la madre, el recién nacido se considera un paciente por derecho propio. Si el recién nacido es elegible para la cubierta, se aplican los beneficios médicos o quirúrgicos regulares en lugar de los beneficios de maternidad.

Si su tratamiento necesita ser extendido

Si usted solicita una extensión a un tratamiento en curso, al menos 24 horas antes de que expire el periodo de tiempo aprobado y esto también sea una reclamación de cuidado de urgencia, nosotros tomaremos una decisión dentro de las 24 horas luego de haber recibido dicha reclamación.

¿Qué ocurre cuando usted no sigue las reglas de precertificación al utilizar proveedores fuera de la red?

Nosotros evaluaremos su tratamiento. Si determinamos que no es médicamente necesario y/o está sujeto a exclusiones, usted será responsable de todos los cargos.

Circunstancias fuera de nuestro control

En determinadas circunstancias extraordinarias, como desastres naturales, es posible que tengamos que retrasar sus servicios o que no podamos prestárselos. En tal caso, haremos todo lo posible por proporcionarle la atención necesaria.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre una reclamación pre-servicio

Si usted tiene una **reclamación pre-servicio** y no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la precertificación de una admisión o la preautorización de otros servicios, usted puede solicitar una revisión conforme al proceso detallado a continuación. Si su reclamación es en referencia a un contraceptivo, puede llamar al 787-774-6081 (TTY:787-792-1370) para Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY:866-215-1999) para Islas Vírgenes de EE. UU.

Si ya recibió el servicio, suplido o tratamiento, usted tiene una **reclamación post-servicio** y debe seguir el proceso de disputa de reclamaciones indicado en la Sección 8.

Para reconsiderar una reclamación de cuidado no urgente

Usted puede solicitar que reconsideremos nuestra decisión inicial dentro de 6 meses a partir de dicha decisión. Siga el paso 1 del proceso de disputa de reclamaciones que se detalla en la Sección 8 de este folleto.

En caso de una reclamación pre-servicio, y sujeto a una solicitud de información adicional, tenemos 30 días desde la fecha en que recibimos su solicitud de reconsideración por escrito para:

1. Precertificar su hospitalización o, si aplica, coordinar para que el proveedor de salud le proporcione el cuidado o aceptar su solicitud de preautorización para el servicio, medicamento o suplido.
2. Solicitar información adicional a usted o su médico.

   Usted o su proveedor debe enviar la información para que la recibamos dentro de 60 días a partir de nuestra solicitud. Entonces, tomaremos una decisión dentro de 30 días más.

   Si no recibimos la información dentro de los 60 días, tomaremos una decisión dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha de vencimiento para recibir la información. Nuestra decisión se basará en la información que ya tenemos. Nosotros le enviaremos nuestra decisión por escrito.
3. Le escribiremos para notificarle que mantenemos nuestra denegación.

Para reconsiderar una reclamación de cuidado de urgencia

En el caso de una apelación a una reclamación pre-servicio de cuidado de urgencia, dentro de los 6 meses de nuestra decisión inicial, usted podrá solicitar por escrito que reconsideremos nuestra decisión. Siga el paso 1 del proceso de disputa de reclamaciones que se detalla en la Sección 8 de este folleto.
A menos que le solicitemos información adicional, le notificaremos nuestra decisión dentro de 72 horas luego de recibir su solicitud de reconsideración. El proceso de evaluación será expedito, lo que permitirá solicitudes de apelación orales o por escrito y el intercambio de información por teléfono, correo electrónico, fax u otros métodos expeditos.

Para presentar una apelación ante OPM

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, luego de que hayamos reconsiderado su **reclamación pre-servicio**, usted puede solicitarle a la OPM que la revise siguiendo el paso 3 del proceso de disputa de reclamaciones detallado en la Sección 8 de este folleto.

Circunstancias fuera de nuestro control

Bajo ciertas circunstancias extraordinarias como, por ejemplo, un desastre natural, es posible que tengamos que retrasar sus servicios o que no se los podamos proveer. En este caso, haremos todos los esfuerzos razonables para proporcionarle el cuidado necesario.

Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos

Usted será responsable de pagar lo siguiente por los servicios cubiertos:

Costo compartido

El costo compartido es el término general utilizado para referirse a los costos que usted paga de su bolsillo (p. ej., coaseguros y copagos) por los servicios cubiertos recibidos.

Copago

Un copago es una cantidad fija de dinero que usted le paga al proveedor, facilidad o farmacia cuando recibe ciertos servicios.

Ejemplo: Cuando ve a su especialista, usted paga un copago de $10 por cada visita al consultorio.

Coaseguro

El coaseguro es el por ciento de nuestras tarifas negociadas que usted debe pagar por su cuidado.

Ejemplo: En nuestro plan, usted paga el 20% de nuestra tarifa para ciertas pruebas de diagnóstico.

Diferencias entre la aportación del plan y la factura

También debe consultar la sección Aviso Importante sobre facturación sorpresa: conozca sus derechos a continuación, que describe sus protecciones contra la facturación sorpresa en virtud de la Ley No Sorpresas

Su protección catastrófica por la cantidad máxima que paga de su bolsillo para coaseguros y copagos

Después de que sus (copagos y coaseguros) alcancen el máximo de gastos de bolsillo, no tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos, con la excepción de ciertos costos compartidos por los servicios que se indican a continuación, los cuales no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo de su protección contra catástrofes.

El máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios prestados durante el año calendario 2027 es:
Solo usted: $6,600 dentro de la red.

Usted y un acompañante: $13,200 combinados, pero sin exceder los $6,600 por miembro.

Usted y su familia: $13,200 combinados, pero sin exceder los $6,600 por miembro.

Su gasto máximo de bolsillo puede variar si cambió de plan durante el período de inscripción abierta.

Los siguientes servicios no se incluyen en el máximo de gastos de bolsillo y usted debe continuar pagándolos:

- La diferencia entre nuestras tarifas negociadas del plan y los cargos facturados por un servicio o suplido cubierto;
- El costo de servicios o suplidos no cubiertos; y,
- El coaseguro que usted paga cuando utiliza proveedores fuera de la red del plan.

Transferencia de un plan a otro (carryover)

Si usted se cambió a este plan, durante el periodo de suscripción, de un plan con cubierta catastrófica y la fecha de efectividad del cambio fue después del 1 de enero, cualquier gasto que hubiese aplicado al beneficio de la cubierta catastrófica de ese plan será cubierto por su plan anterior, si usted recibió el servicio en enero antes de la fecha de efectividad de la cubierta bajo este plan. Si usted alcanza el nivel de protección de beneficios de su cubierta catastrófica en su totalidad, este aplicará hasta la fecha de efectividad de su cubierta en este plan. Si usted no ha cubierto este nivel de gasto en su totalidad, su plan anterior aplicará los costos que usted ha pagado de su bolsillo hasta que usted alcance el nivel catastrófico del año anterior, y entonces aplicará el beneficio de protección catastrófica para cubrir los costos pagados de su bolsillo incurridos a partir de ese momento hasta la fecha de efectividad de su cubierta bajo este plan. Su plan anterior pagará estos gastos cubiertos conforme a los beneficios de este año; los cambios en beneficios serán efectivos el 1 de enero.

Nota: Si usted cambia de opción dentro de este plan durante el año, acreditaremos el monto de los gastos cubiertos que ya se hayan acumulado hacia el límite catastrófico de su opción anterior, al límite de protección catastrófica de tu nueva opción.

Cuando las agencias gubernamentales nos facturan

El Departamento de Asuntos del Veterano, el Departamento de Defensa y los Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos tienen el derecho de solicitarnos reembolsos por ciertos servicios y suplidos que ellos le proveen a usted o a un miembro de su familia. Ellos no podrán cobrar más de lo que las leyes vigentes permiten. Usted pudiera ser responsable de pagar por ciertos cargos y servicios. Comuníquese directamente con la agencia de gobierno para más información.

Aviso Importante sobre las facturas sorpresas- Conoce tus Derechos

La Ley Sin Sorpresas (NSA) es una ley federal que le brinda protección contra la "facturación sorpresa" y la "facturación de saldo" para servicios de emergencia fuera de la red; servicios fuera de la red que no sean de emergencia proporcionados con respecto a una visita a un centro de atención médica participante; y servicios de ambulancia aérea fuera de la red.

Para más detalles del glosario de términos medico visite https://salud.grupotriples.com/glosario-de-terminos/

Una factura sorpresa es una factura inesperada que usted recibe por:

- atención de emergencia: cuando usted tiene poca o ninguna capacidad en el centro o proveedor de quien recibe atención, o para
- servicios que no sean de emergencia proporcionados por proveedores no participantes con respecto a las visitas de pacientes a centros de atención médica participantes, o para
- servicios de ambulancia aérea proporcionados por proveedores de servicios de ambulancia aérea no participantes.

La facturación del saldo ocurre cuando recibe una factura del proveedor, centro o servicio de ambulancia aérea no participante por la diferencia entre el cargo del proveedor no participante y el monto pagadero por su plan de salud.

Su plan de salud debe cumplir con las protecciones de la NSA que lo mantienen a salvo de facturas sorpresa.

Además, su plan de salud adopta y cumple con las leyes de facturación sorpresa de la Ley 134 del 1 de septiembre de 2020 "Ley para la Protección de los Pacientes contra Facturas Médicas Sorpresa" de Puerto Rico.

Para información específica sobre facturación sorpresa, los derechos y protecciones que tiene y sus responsabilidades visite www.ssspr.com o comuníquese con el plan de salud al 787-774-6081.

Programa de Cuenta de Gastos Flexibles del Gobierno Federal (FSAFEDS, por sus siglas en inglés)

- **Cuenta de gastos flexibles para la atención médica** (HCFSA, por sus siglas en inglés) – Le reembolsa a un participante de la FSA los gastos elegibles incurridos por usted para servicios médicos (tales como copagos, deducibles, medicamentos de venta libre - OTC, gastos por cuidado dental y de visión, y mucho más) para usted y sus dependientes, incluidos los hijos adultos (hasta que finalice el año calendario en que cumplan 26 años).
- **El programa FSAFEDS** ofrece reembolsos digitales directo a su HCFSA para una serie de planes FEHB y FEDVIP. Esto significa que cuando usted o su proveedor presente una reclamación a su Plan FEHB o FEDVIP, el programa FSAFEDS le reembolsará automáticamente sus gastos elegibles incurridos (gastos que paga de su bolsillo), según la información de la reclamación que el programa reciba de su plan.

Sección 5. Beneficios

Vea la página 16 para conocer cómo cambiaron los beneficios este año y las páginas 90 y 91 para consultar el Resumen de Beneficios.

Sección 5. Beneficios 26
Sección 5(a). Servicios y suplidos médicos provistos por médicos y otros profesionales de la salud 28
Servicios de diagnóstico y tratamiento 28
Telemedicina 29
Laboratorios, Rayos X y otros estudios diagnósticos 29
Cuidado preventivo, adultos 30
Cuidado preventivo, niños 33
Cuidado de maternidad 33
Planificación familiar 35
Servicios de infertilidad 36
Cuidado para el tratamiento de alergias 37
Terapias de tratamiento 37
Terapia física y ocupacional 38
Terapia del habla 39
Cuidado de la audición (exámenes, tratamientos y suplidos) 39
Cuidado de la vista (exámenes, tratamientos y suplidos) 39
Cuidado de los pies 40
Dispositivos ortopédicos y prostéticos 41
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) 41
Servicios de salud en el hogar 42
Servicios quiroprácticos 42
Nutrición 43
Clases y programas educativos 43
Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia provistos por médicos y otros profesionales de la salud 46
Procedimientos quirúrgicos 46
Cirugía reconstructiva 47
Cirugía oral y maxilofacial 48
Trasplantes de órganos y tejidos 49
Anestesia 53
Sección 5(c). Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia 54
Hospitalizaciones 54
Servicios ambulatorios en el hospital o centro de cirugía ambulatoria 55
Beneficios de cuidado extendido/centro de enfermería especializada 55
Cuidado de hospicio 56
Ambulancia 56
Sección 5(d). Accidentes / servicios de emergencia 57
Emergencia dentro de nuestra área de servicio 58
Emergencia fuera de nuestra área de servicio 58
Ambulancia 59
Sección 5(e). Beneficios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias 60
Servicios Profesionales 60
Diagnósticos 61
Hospitalización u otra instalación cubierta 61
Hospitalario ambulatorio u otra instalación cubierta 61
Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados 64
Medicamentos y suplidos cubiertos 65
Sección 5(g). Beneficios dentales 68
Beneficios dentales 68

Sección 5(h). Bienestar y otros beneficios especiales 70
Opción de beneficios flexibles 70
Centro de llamadas disponible 24 horas al día, 7 días a la semana 70
Programa BlueCard® 70
Blue Cross Blue Shield Global Core 71
Centros de excelencia para trasplantes/cirugía del corazón/etc 71
Telexpreso 71
Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP, por sus siglas en inglés) 71
Herramienta para la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés) 71
Centros de cuidado preventivo 71
Oncology Analytics 72
Triple S En Casa 72
Triple S Contigo Consejería Profesional 72
Sección 5(i). Beneficios de Punto de Servicio (POS) 73
Beneficios fuera del FEHB disponibles para los asegurados 74
Resumen de Beneficios del Plan Triple-S Salud, Inc. 2027 93

Sección 5(a). Servicios y suplidos médicos provistos por médicos y otros profesionales de la salud

Factores importantes para considerar sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios.
- Los médicos del plan deben proveer o coordinar su cuidado.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funciona el costo compartido. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".
- **USTED O SU PROVEEDOR DEL PLAN DEBE OBTENER LA PRECERTIFICACIÓN PARA ALGUNOS SERVICIOS MÉDICOS Y SUPLIDOS**. Vea la información sobre precertificación en la Sección 3 para corroborar cuáles servicios y cirugías requieren precertificación.
- La cubierta y los costos compartidos que se enumeran a continuación corresponden a los servicios proporcionados por médicos y otros profesionales de la salud para su atención médica. Consulte la Sección 5(c) para conocer los costos compartidos asociados con la instalación (es decir, hospital, centro quirúrgico, etc.).
- Si utiliza un proveedor fuera del plan pero que se encuentre en de nuestra área de servicios, usted pagará por los servicios recibidos y el Plan le reembolsará 90% de la tarifa establecida por el Plan, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable para dentro de la red. Por favor, refiérase a la Sección 1, bajo "¿Quién provee mi cuidado de salud?", para conocer más sobre los servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Servicios de diagnóstico y tratamiento	**Opción Ampliada**
Servicios profesionales de médicos • Visita a medico Generalista • Medico especialista • Segunda opinión quirúrgica • Consultas médicas • Examen inicial de un recién nacido	En la red: $7.50 por visita al consultorio de su médico generalista o especialista $0 copago por servicios recibidos en Clínicas SALUS. Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• En un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencias • Durante una estadía en un hospital • En un centro de enfermería especializada – requiere precertificación (vea la Sección 3)	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
En el hogar	En la red: $15 por visita del médico Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No se cubren: • Cuidado de enfermería privada, excepto para el tratamiento de enfermedades mentales	*Todos los cargos*

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Telemedicina	**Opción Ampliada**
Servicios de Telemedicina • Consultas virtuales ilimitadas a través de Teleconsulta MD: www.triplessalud.mytelehealth.com/landing.htm • Disponible los 7 días de la semana de 6am-10pm **MiConsulta MD Estacion de Cuidado** • Visita nuestras estaciones de cuidado y conéctate con un médico de forma virtual para recibir una evaluación, un diagnóstico y una receta al instante. Visita nuestra página web para encontrar la localidad más cercana, los horarios y la disponibilidad: https://salud.grupotriples.com/en/miconsulta-md	En la red: $0 copago Fuera de la red: No-cubierto
Laboratorios, Rayos X y otros estudios diagnósticos	**Opción Ampliada**
Exámenes, tales como: • Pruebas de sangre • Análisis de orina	En la red: $1.00 por prueba de laboratorio $0 copago por servicios recibidos en Clínicas SALUS. Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Polisomnografía • Amniocentesis genética • Estudios vasculares y cardiovasculares no invasivos • Electroencefalogramas (EEG, por sus siglas en inglés)	En la red: 20% coaseguro $0 copago por servicios recibidos en Clínicas SALUS. Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Patología • Pruebas de Papanicolaou no rutinaria • Rayos X • Mamografía no rutinaria • Pruebas de medicina nuclear • Gammagrafías hepatobiliares con ácido iminodiacético (HIDA, por sus siglas en inglés) • Tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) /resonancia magnética (MRI, MRA, por sus siglas en inglés) • Ultrasonido, incluido el perfil biofísico • Pruebas cardiovasculares invasivas	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado preventivo, adultos	**Opción Ampliada**
Examen físico de rutina cada año calendario Cubrimos una amplia gama de servicios de cuidado preventivo para adultos bajo las categorías A y B según lo recomendado por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés). Los asegurados mayores de 21 años pueden obtener los servicios preventivos cubiertos a través de nuestra red de Centros de Cuidado Preventivo. Los siguientes servicios preventivos están cubiertos durante el intervalo de tiempo recomendado en cada uno de los enlaces siguientes: • El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF) A y B, recomienda exámenes de detección como cáncer, osteoporosis, depresión, diabetes, presión arterial alta, colesterol, prueba de panel de lípidos, VIH y cáncer colorrectal. Para obtener una lista completa de exámenes, visite el sitio web https ://www. uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/ recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Asesoramiento individual sobre prevención y reducción de riesgos para la salud • Beneficios de atención preventiva para mujeres, como pruebas de Papanicolaou, medicamentos profilácticos contra la gonorrea para proteger a los recién nacidos, asesoramiento anual sobre infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y pruebas de detección de violencia interpersonal y doméstica. Para obtener una lista completa de los beneficios de atención preventiva para mujeres, visite el sitio web de Salud y Servicios Humanos (HHS) en: https://www.hrsa.gov/womens-guidelines • Para crear su lista personalizada de servicios preventivos, visite www.health.gov/myhealthfinder	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Mamografía de detección, incluida la tomosíntesis digital: • De 35 a 39 años, uno durante este período de cinco años. • De 40 a 64 años, uno cada año calendario A partir de 65 años, uno cada dos años calendario consecutivos	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado preventivo, adultos (cont.)	**Opción Ampliada**
Exámenes de detección como cáncer, osteoporosis, depresión, diabetes, presión arterial alta, colesterol, prueba de panel de lípidos, VIH, detección de cáncer colorrectal incluida la detección por colonoscopia para personas mayores de 40 años.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Se cubren las Inmunizaciones para adultos de uso rutinario, aprobadas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) y adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (ACIP. Se considera que una recomendación es de uso rutinario si figura en los calendarios de vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Para consultar el calendario de vacunación actual, visite https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html Inmunizaciones como la neumocócica, la influenza, la culebrilla, el tétano, la Tdap y el virus de papiloma humano (VPH) incluidas para los asegurados entre las edades de 27 a 45 años con alto riesgo. Para una lista completa de las inmunizaciones visite el sitio web de los Centros para el Control de Enfermedades: https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html Examen de rutina limitado a: - Un examen de la vista rutinario cada 12 meses - Un examen de audición rutinario cada 12 meses Nota: Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o rayos X realizado en conjunto con un examen rutinario y que no esté incluido en la lista de servicios preventivos recomendados estará sujeto al copago y coaseguro aplicable al asegurado.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado preventivo, adultos (cont.)	**Opción Ampliada**
• Electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), una vez al año • Espirometría, una vez al año • Hemoglobina A1C, una vez al año • CBC, una vez al año • PSA, una vez al año • Tiroides, una vez al año • Prueba de Papanicolaou, una vez al año	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Profilaxis previa a la exposición al VIH (PrEP) • Prueba de detección del VIH con un inmunoensayo de antígenos/anticuerpos aprobados por la FDA • Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual. • Prueba de embarazo cuando sea necesario. • Prueba de función renal y serológica para la hepatitis B antes de iniciar un tratamiento con tenofovir. • Prueba de perfil lipídico antes de iniciar el tratamiento con TAF/FTC.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Servicios de Transportación, desde y hasta nuestros Centros Preventivos, hasta 4 viajes	En la red: Nada Fuera de la red: No se cubren
Consejería en obesidad, evaluación y referido para aquellas personas en o por encima del nivel del factor de riesgo de prevención de la obesidad del USPSTF, plan de nutrición intensivo y terapia conductual para la pérdida de peso, consejería o los programas dirigidos en la familia según las recomendaciones A y B del USPSTF están cubiertos como parte de la prevención y el tratamiento de la obesidad de la siguiente manera: • Nutrición intensiva y terapia conductual de asesoramiento para la pérdida de peso • Programas dirigidos en la familia, cuando se identifique médicamente para apoyar la prevención y el manejo de la obesidad por parte de un proveedor dentro de la red. Nota: Consulte la información sobre clases y programas educativos que se muestra en la sección 5(a) para más información sobre nuestro Programa de Obesidad. Nota: Cuando se receten medicamentos contra la obesidad, consulte la sección 5(f), según aplica. Nota: Cuando se indique un tratamiento o intervención quirúrgica bariátrica o metabólica para la obesidad grave, consulte la sección 5(b).	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No se cubre: • *Exámenes físicos y vacunas requeridas para obtener o continuar con un empleo o seguro, asistir a escuelas o campamentos, exámenes deportivos o viajes.* • *Vacunas, dosis de refuerzos y medicamentos para viajes o exposición relacionada con el trabajo*	*Todos los cargos*

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado preventivo, niños	**Opción Ampliada**
• Visitas de examen para el cuidado de niños y otros servicios preventivos según lo descrito por las Directrices de Futuros Brillantes proporcionadas por la Academia Americana de Pediatría. Para leer la lista completa de las Directrices de Futuros Brillantes de la Academia Americana de Pediatría, visite https://brightfutures.aap.org Para las vacunas preventivas, consulta las guías a continuación. • Se cubren las vacunas infantiles de uso rutinario recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en ingles) y adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en ingles). Se considera que una recomendación es de uso rutinario si figura en los calendarios de vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Para consultar el calendario de vacunación actual, visite https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html • Puede encontrar una lista completa por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF) A y B en línea visitando: www. uspreventiveservicestaskforce.org Nota: Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o rayos X realizado en conjunto con un examen rutinario y que no esté incluido en la lista de servicios preventivos estará sujeto al copago o coaseguro aplicable al asegurado.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Consejería en obesidad, evaluación y referido para aquellas personas en o por encima del nivel del factor de riesgo de prevención de la obesidad del USPSTF, plan de nutrición intensivo y terapia conductual para la pérdida de peso, consejería o los programas dirigidos en la familia según las recomendaciones A y B del USPSTF están cubiertos como parte de la prevención y el tratamiento de la obesidad de la siguiente manera: • Nutrición intensiva y terapia conductual de asesoramiento para la pérdida de peso • Programas dirigidos en la familia, cuando se identifique médicamente para apoyar la prevención y el manejo de la obesidad por parte de un proveedor dentro de la red. Nota: Consulte la información sobre clases y programas educativos que se muestra en la sección 5(a), pagina 44 para más información de nuestro programa de Obesidad. Nota: Cuando se receten medicamentos contra la obesidad, consulte la sección 5(f), según aplique. Nota: Cuando se indique un tratamiento o intervención quirúrgica bariátrica o metabólica para la obesidad grave, consulte la sección 5(b).	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Cuidado de maternidad	**Opción Ampliada**
Atención completa de maternidad (obstétrica), como: • Detección de diabetes gestacional • Atención prenatal y posparto • Entrega • Detección y asesoramiento para la depresión prenatal y posparto Nota: A continuación, incluimos varios detalles a considerar: • No es necesario obtener precertificación para un parto vaginal. Vea la Sección 3 en la página 17 para otras circunstancias, como estancias prolongadas para usted o su bebé.	En la red: $0 de copago por visita al consultorio al registrarse en el Programa Maternal durante el primer trimestre $7.50 por visita al consultorio Nada por el parto Nada por la circuncisión Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado de maternidad (cont.)	**Opción Ampliada**
• Usted puede permanecer en el hospital hasta 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea. Nosotros extenderemos su estadía en el hospital si es médicamente necesario. • Nosotros cubrimos el cuidado rutinario del recién nacido durante la porción cubierta de la estadía de la madre en el hospital. Cubriremos otros servicios no rutinarios necesarios para el bebé únicamente si el bebé está cubierto con nosotros bajo el plan de pareja o familiar. • Pagamos los servicios de hospitalización y cirugía para la atención no relacionada con la maternidad de la misma manera que para las enfermedades y lesiones. • Los *Servicios Hospitalarios* están cubiertos bajo la Sección 5(c) y los *Beneficios Quirúrgicos* en la Sección 5(b). Nota: Cuando un recién nacido requiere tratamiento durante o después de que la madre sea hospitalizada, el recién nacido es considerado un paciente en su propio derecho. Si el recién nacido es elegible para la cubierta de beneficios médicos o quirúrgicos regulares, le aplicarán estos beneficios en vez de los de maternidad. Además, la circuncisión está cubierta con la misma tarifa que los beneficios médicos o quirúrgicos habituales.	En la red: $0 de copago por visita al consultorio al registrarse en el Programa Maternal durante el primer trimestre $7.50 por visita al consultorio Nada por el parto Nada por la circuncisión Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Como parte de su cubierta, tiene acceso a proveedores contratados como consultores de lactancia certificados por el colegio profesional para el periodo prenatal y posparto, que le proveerán apoyo personalizado en lactancia materna a través de sesiones educativas y asesoramiento individualizado. Estos expertos ayudan a las madres a navegar los retos relacionados con la alimentación y la extracción de leche, ofreciéndoles orientación antes y después del parto para promover una experiencia exitosa en la lactancia materna. Por cada parto, el afiliado puede coordinar con nuestro proveedor contratado una (1) sesión inicial y hasta cinco (5) sesiones adicionales, que se realizarán mediante una visita al consultorio • Bomba de lactancia eléctrica para madres que han dado a luz en los últimos 3 meses, limitada a una por nacimiento. • Servicios para embarazos de alto riesgo: - Glucómetro - Monitor de presión de sangre - Asistencia en el hogar en etapa prenatal hasta 16 horas, máximo 4 horas por día • Asistencia en el hogar en etapa postparto cuando este registrada en el Programa Maternal durante el primer trimestre - servicio hasta 16 horas, máximo 4 horas por día - dentro del primer mes de haber dado a luz Nota: Llama al Departamento de Manejo de Enfermedades de Triple-S Salud (Programa Contigo Mama) al 787-749-4949, extensión 832-2042 para coordinar su bomba de lactancia eléctrica, monitor de presión arterial prenatal y/o glucómetro, o programar su servicio de asistencia en el hogar. La bomba de lactancia eléctrica, el glucómetro prenatal y el monitor de presión arterial no requieren precertificación y deben coordinarse a través del Programa Contigo Mama de TSS.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Planificación familiar	**Opción Ampliada**
Una serie de servicios voluntarios de planificación familiar, sin costos compartidos, que incluye al menos una forma de anticoncepción en cada una de las categorías de las directrices respaldadas por la HRSA. Esta lista incluye: • Esterilización voluntaria (masculina y femenina) • Implantación quirúrgica de anticonceptivos • Medicamentos anticonceptivos inyectables, como (Depo Provera) • Dispositivos intrauterinos (IUD, por sus siglas en inglés) • Diafragmas Nota: Consulte su cubierta adicional de Planificación Familiar y Medicamentos Recetados Sección 5(f). Nota: Su plan ofrece algún tipo de cubierta de cirugía de esterilización femenina voluntaria sin costo para los asegurados. El beneficio anticonceptivo incluye al menos una opción en cada una de las categorías de anticoncepción respaldadas por HRSA (así como la detección, la educación, el asesoramiento y la atención de seguimiento). Se puede acceder a cualquier tipo de cirugía de esterilización femenina voluntaria que aún no esté disponible sin costo compartido a través del proceso de excepciones anticonceptivas que se describe a continuación. Para obtener más información sobre nuestro proceso de excepción de anticonceptivos quirúrgicos con tiempo de respuesta de 24 horas, visite:https://salud.grupotriples.com/en/health-insurance-plans/triple-s-salud-for-federal-employee/. Una vez que recibamos la información sobre la solicitud de excepción —suficiente para que podamos tomar una decisión—, recibirá una respuesta en un plazo de 24 horas o el siguiente día hábil. Las solicitudes de excepción relacionadas con anticonceptivos no están sujetas a la Sección 8, Proceso de reclamaciones en disputa. Si tiene dificultades para acceder a cobertura anticonceptiva u otros servicios de salud reproductiva, puede comunicarse con contraception@opm.gov.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No se cubren: • *Reversión de una cirugía para esterilización voluntaria* • *Pruebas genéticas y consejería*	*Todos los cargos*

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Servicios de infertilidad	**Opción Ampliada**
Triple-S Salud define la infertilidad como una enfermedad o condición caracterizada por la incapacidad de embarazar o concebir; la incapacidad de una persona para reproducirse ya sea como individuo o con su pareja durante un período de 12 meses o más (6 meses para miembros mayores de 35 años). Los casos de infertilidad se pueden determinar basándose en el historial médico, los hallazgos físicos o las pruebas de diagnóstico del paciente. La infertilidad incluye servicios tales como: • Inseminación artificial (IA): • Inseminación intravaginal (IVI) • Inseminación intracervical (ICI) • Inseminación intrauterina (IIU) Tratamientos y procedimientos ART, incluida la preservación, tales como: • Fertilización in vitro (FIV) • Transferencia de embriones, transferencia intratubárica de gametos (ZIFT) • Transferencia Intra-Falópica de Gametos (GIFT) • Servicios y suministros relacionados con procedimientos ART Nota: Medicamentos para la fertilidad (consulte la Sección 5(f)). Nota: Debe obtener una precertificación para estos servicios, consulte la Sección 3 Nota: La inseminación artificial cubre hasta tres ciclos por año para afiliados con órganos reproductores femeninos de 35 años o más. Nota: Los servicios de técnicas de reproducción asistida (ART) tienen un límite máximo anual de $15,000 dólares por año de póliza. Debe pagar la factura del proveedor y solicitar el reembolso al plan por los servicios de infertilidad.	En la red: $7.50 por visita al consultorio Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Infertilidad iatrogénica. Preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica: • Obtención de esperma u óvulos, incluyendo reclamaciones médicas, quirúrgicas y farmacéuticas asociadas con la extracción, consulte la Sección 5(f) para obtener información sobre la cubierta de medicamentos para la fertilidad. • Criopreservación de esperma y ovocitos maduros. • Costos de almacenamiento de criopreservación durante 1 año. Nota: Debe obtener una precertificación para estos servicios, véase la sección 3. Nota: Debes pagar la factura al proveedor y solicitar el reembolso al plan por los servicios de tratamiento de la infertilidad.	En la red: $7.50 por visita al consultorio Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No se cubren: • Después de la esterilización voluntaria • Costo de esperma del donante o costo de óvulo del donante • Vientre sustituto	*Todos los cargos*

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado para el tratamiento de alergias	**Opción Ampliada**
• Pruebas y tratamientos	En la red: $7.50 por visita al consultorio Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Suero para las alergias • Vacunas para las alergias	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No se cubren: • *Pruebas reactivas de alergia a alimentos y desensibilización de alergias sublinguales*	*Todos los cargos*
Terapias de tratamiento	**Opción Ampliada**
• Quimioterapia y terapia de Alojamiento y comida Nota: El tratamiento estará sujeto a revisión por pares. Vea *Oncology Analytics* en la Sección 5(h). Nota: La quimioterapia de dosis alta en conjunto con trasplante autólogo de médula ósea está limitada a aquellos trasplantes que se enumeran bajo Trasplantes de órganos/tejidos en las páginas 49-52. • Diálisis – hemodiálisis y diálisis peritoneal • Terapia de infusión intravenosa (IV, por sus siglas en inglés) – Infusión intravenosa en el hogar y terapia con antibióticos • Terapia con hormonas de crecimiento (GHT, por sus siglas en inglés) Nota: Las hormonas de crecimiento se cubren bajo el beneficio de medicamentos recetados. Nosotros únicamente cubriremos GHT cuando precertifiquemos el tratamiento. Usted o su médico deben llamar al 787-774- 6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., para la precertificación. Nosotros le requeriremos que presente información que establezca la necesidad médica de GHT. Solicite nuestra aprobación antes de que comience el tratamiento de GHT porque, de lo contrario, solo cubriremos los servicios de GHT desde la fecha en que envíe la información. Si usted no nos consulta o si nosotros determinamos que no se estableció la necesidad médica, no cubriremos ningún servicio relacionado con GHT, incluso los servicios y suplidos relacionados. Vea la Sección 3, "Servicios que requieren nuestra preautorización".	En la red: $7.50 por visita al consultorio Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Terapia respiratoria y de inhalación hasta un máximo de 20 sesiones al año. Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos, a través del proceso de precertificación, que los servicios son médicamente necesarios	En la red: $10 por sesión de terapia respiratoria Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Terapias de tratamiento (cont.)	**Opción Ampliada**
Evaluación de conducta adaptativa y tratamiento para trastornos dentro del espectro autista • Evaluación para la identificación de comportamientos • Evaluación de seguimiento del comportamiento por observación y exposición • Tratamiento conductual adaptativo • Tratamiento conductual adaptativo grupal y familiar Nota: Los servicios están sujetos a los protocolos de Triple-S.	En la red: $7.50 por visita a consultorios Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Rehabilitación cardiaca Hasta 36 terapias por año, sujeto al protocolo de Triple-S Salud, Inc.	En la red: Nada Fuera de la red: Nada hasta alcanzar la tarifa establecida y todos los cargos subsiguientes Nota: Si el proveedor acepta la adjudicación de beneficios para la rehabilitación cardíaca, usted no tendrá que pagar por adelantado; de lo contrario, usted deberá pagar el importe del proveedor y Triple-S Salud, Inc. le reembolsará hasta las tarifas establecidas.
No se cubren: Los servicios no aparecen como cubiertos	*Todos los cargos*
Terapia física y ocupacional	**Opción Ampliada**
• Terapia física - Provista por fisioterapeutas cualificados bajo la supervisión de un médico especializado en terapia física; - hasta 60 terapias por condición, si se espera una mejoría significativa Nota: Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos, a través del proceso de precertificación, que los servicios son médicamente necesarios	En la red: $7.50 por evaluación en consultorio o $10 por terapia Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Terapia ocupacional - provista por terapeutas ocupacionales certificados - hasta 60 terapias por condición, si se espera una mejoría significativa Nota: La terapia ocupacional está limitada a servicios para ayudar al asegurado a lograr y mantener su habilidad para llevar a cabo las funciones del diario vivir y cuidado propio. Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos, a través del proceso de precertificación, que los servicios son médicamente necesarios.	$10 por sesión de terapia Nota: Para terapia ocupacional, debe pagar primero por los servicios y después obtener el reembolso de nosotros. Los terapeutas ocupacionales no son proveedores del plan y no tienen que aceptar las tarifas establecidas como pago total.
No se cubren: • Terapia de rehabilitación a largo plazo • Programas de ejercicio • Terapia acuática y masajes no terapéuticos	*Todos los cargos*

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Terapia del habla	**Opción Ampliada**
Terapia del habla provista por un terapeuta del habla certificado, hasta 60 terapias por condición. Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos que los servicios son médicamente necesarios a través del proceso de precertificación.	$10 por visita al consultorio y/o sesión de terapia del habla además de los cargos que excedan nuestras tarifas establecidas. Nota: Para terapia del habla, usted debe pagarle al proveedor y después solicitarnos el reembolso. Los terapeutas del habla no son proveedores del plan y no tienen que aceptar las tarifas establecidas como pago total.
Cuidado de la audición (exámenes, tratamientos y suplidos)	**Opción Ampliada**
• Pruebas de audición por enfermedad o accidente, incluidas las pruebas auditivas de evaluación y diagnóstico, llevadas a cabo por un médico del plan o audiólogo • Timpanometría Nota: Para exámenes rutinarios de audición durante una visita preventiva de niños, vea la Sección 5(a), "Cuidado preventivo, niños".	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Dispositivos auditivos, hasta un máximo de $1,000 cada dos años para uno o ambos oídos combinados (vea la Sección 5(a), "Dispositivos ortopédicos y prostéticos")	Nada, hasta la cantidad máxima de la aportación. Nota: El asegurado deberá pagar la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
No se cubren: Suplidos	*Todos los cargos*
Cuidado de la vista (exámenes, tratamientos y suplidos)	**Opción Ampliada**
• Además de los beneficios médicos y quirúrgicos provistos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los ojos, usted puede realizarse exámenes anuales de refracción (que incluye una receta escrita para lentes) con médicos participantes en el plan. • Para la cirugía de remoción de cataratas, vea la Sección 5(b). Para Lentes monofocales después de la remoción de cataratas, vea la Sección 5(a) Dispositivos ortopédicos y prostéticos para información de la cubierta. • Examen de la vista para determinar la necesidad de corrección visual para niños (vea Cuidado preventivo)	En la red: $7.50 por visita al consultorio Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Servicios de optómetras	En la red: $7.50 por visita al consultorio Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Un par de espejuelos o lentes de contacto al año para los asegurados hasta los 21 años de edad.	En la red: Nada, hasta la tarifa establecida. El asegurado será responsable de los cargos adicionales que excedan la tarifa establecida. Fuera de la red: Cubierto por reembolso, hasta la tarifa establecida. El asegurado será responsable de los cargos adicionales que excedan la tarifa establecida.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado de la vista (exámenes, tratamientos y suplidos) (cont.)	**Opción Ampliada**
No se cubren: • *Lentes correctivos y ajuste de lentes de contacto* • *Ejercicios para los ojos y ortópticos* • *Lentes intraoculares multifocales* • *Queratotomía radial y otras cirugías refractivas* • *Suplidos*	*Todos los cargos*
Cuidado de los pies	**Opción Ampliada**
• Cuidado rutinario de los pies llevado a cabo por un proveedor del plan cuando usted está bajo tratamiento activo debido a una enfermedad metabólica o una enfermedad vascular periférica, tal como la diabetes. • Servicios podiátricos	En la red: $7.50 por visita al consultorio de un médico generalista, podiatra, o especialista $0 copago por servicios recibidos en Clínicas SALUS. Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No se cubren: • *Tratamiento debido a pies débiles, tensos o planos* • *Cuidado de los pies de rutina, como cortar, eliminar callos o callosidades, el borde de las uñas de los pies, el tratamiento de uñas infectadas por hongos, limpieza y baños de pies, aplicación de cremas y tratamiento de rutina similar para las afecciones del pie, excepto según se indique arriba.*	*Todos los cargos*
Dispositivos ortopédicos y prostéticos	**Opción Ampliada**
• Prótesis externa del seno y sostenes quirúrgicos, incluidos los reemplazos que sean necesarios, después de una mastectomía • Implantación quirúrgica de implantes de seno luego de una mastectomía	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Dispositivos prostéticos internos (implantes), tales como articulaciones artificiales, marcapasos e implantes cocleares, requiere preautorización • Prótesis de extremidades inferiores y superiores y órtesis, hasta un máximo de $5,000 en combinación, por año, requiere preautorización • Reparación de dispositivos prostéticos externos • Válvula del habla para traqueotomía protésica, requiere preautorización • Soportes lumbosacrales, requieren preautorización • Prótesis traqueoesofágica para la voz, requiere preautorización • Dispositivos auditivos, hasta un máximo de $1,000 cada dos años para uno o ambos oídos combinados • Lente Intraocular monofocal (implante) hasta un máximo de $250 por ojo. Nota: Para información sobre cargos profesionales por cirugía de inserción de implante, vea la Sección 5(b), "Procedimientos quirúrgicos". Para información sobre los beneficios de hospital y/o de cirugía ambulatoria, vea la Sección 5(c), *Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia.*	En la red: 20%. Nada para dispositivos auditivos, hasta la cantidad máxima de la aportación. Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada. Nota: El asegurado deberá pagar la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada por dispositivos auditivos.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Dispositivos ortopédicos y prostéticos	**Opción Ampliada**
No se cubren: • Calzado ortopédico correctivo • Soportes de arco • Calzados para diabéticos • Almohadillas para talón y taloneras • Ciertos soportes lumbosacros • Corsés, bragueros, medias elásticas, medias de soporte y otros dispositivos de apoyo • Ojos artificiales • Calcetín prostético • Implantes y dispositivos protéticos a menos que sea medicamente necesario • Pruebas y exámenes para audífonos	*Todos los cargos*
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	**Opción Ampliada**
Cubrimos el alquiler o la compra de equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés), recetados por su médico, a nuestra discreción, incluyendo la reparación y el ajuste: • Oxígeno • Camas de posición (tipo hospital) • Sillas de ruedas • Andadores • Monitores de glucosa en sangre • Pulmón de hierro • Otro equipo respiratorio • Suplidos para osteotomías • Suplidos para traqueotomías • Equipo básico para el tratamiento de apnea del sueño (CPAP, por sus siglas en inglés), incluyendo la máscara facial y nasal y suplidos • Comidas médicas especializadas para asegurados con Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) de acuerdo con la política médica de Triple-S Salud, Inc. • Monitor de presión arterial para asegurados de alto riesgo • Medidor de flujo respiratorio Nota: Para ser elegible para la cobertura de un monitor de presión arterial, debe inscribirse y participar en nuestro Programa de Hipertensión. Nota: Usted tiene que obtener nuestra precertificación. Vea la Sección 3. Nota: El medidor de flujo respiratorio, está limitado a uno por año y no requiere precertificación previa.	En la red: 25% Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Bombas de insulina y/o sus suplidos para pacientes con diabetes descontrolada, quienes requieren múltiples inyecciones de insulina diariamente y demuestran una alta fluctuación en los niveles de glucosa. Nota: Para ser elegible para la cubierta de bomba de insulina, usted deberá registrarse y participar del Programa de Manejo de Enfermedades.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	**Opción Ampliada**
Tirillas y lancetas: • Asegurados diagnosticados con diabetes de tipo 1 • Asegurados con diabetes de tipo 2 registrados en Medicare Parte A y B Nota: Para ser elegible para la cubierta del 100% en tirillas y lancetas con un diagnóstico de diabetes de tipo 2, tiene que registrarse en Medicare Parte A y B.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No se cubren: • Muletas • Cualquier otro equipo médico duradero que no aparezca en la lista de arriba	*Todos los cargos*
Servicios de salud en el hogar	**Opción Ampliada**
• Servicios de salud en el hogar ordenados por un médico del plan (quien revisará periódicamente el programa de tratamiento para determinar el progreso y la necesidad de los servicios) y provistos por enfermeras(os) o por auxiliares de salud en el hogar. • Los servicios incluyen terapias de oxígeno, intravenosas y medicamentos	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No se cubren: • Cuidado de enfermería solicitado por, o para la conveniencia de, el paciente o su familia; • Cuidado en el hogar principalmente para proveer asistencia personal que no incluya un componente médico y que no es un servicio de diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación; • Servicios que son primordialmente para proveer aseo personal, alimentación, ejercicios, mover al paciente, tareas del hogar, compañía o administración de medicamentos por vía oral; • Servicios de ama de llaves.	*Todos los cargos*
Servicios quiroprácticos	**Opción Ampliada**
• Visita de evaluación inicial y una visita de seguimiento, de ser requerida, por condición • Manipulaciones de la columna vertebral y las extremidades, hasta 20 visitas por año • Rayos X del cuello y la columna vertebral	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada. Nota: Si el quiropráctico acepta la asignación de beneficios, usted no tiene que pagar; si no acepta, usted tiene que pagar el importe del proveedor y Triple-S Salud, Inc. le reembolsará hasta la tarifa establecida.
No se cubren: • *Masajes, manejo de dietas, ultrasonido*	*Todos los cargos*

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	**Opción Ampliada**
Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta doce (12) visitas en 90 días en caso de dolor lumbar crónico. Se cubrirán ocho (8) sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No más de 20 tratamientos de acupuntura al año. No está cubierto si el dolor es: • asociado con una cirugía; y • asociado con embarazo.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Nutrición	**Opción Ampliada**
• Servicios de nutricionistas, hasta 6 visitas por año.	En la red: Nada Fuera de la red: Nada, hasta nuestra tarifa establecida y todos los cargos en adelante
Clases y programas educativos	**Opción Ampliada**
Manejo de Enfermedades y Programas Educativos de Salud: La educación para la salud es un componente esencial en la prevención de enfermedades y le permitirá disfrutar de una calidad de vida. Nuestros diversos programas se centran en las afecciones crónicas más comunes y ofrecen orientación sobre los tratamientos clínicos proporcionados por su médico. Te ofrecemos información sobre cómo cuidar tu padecimiento a través de talleres educativos vía telefónica con profesionales de enfermería y/o educadores en salud y con material educativo por correo. Para más información, llame al Departamento de Educación y Manejo de Enfermedades de Triple-S Salud al 787-749-4949, extensión 832-2042. Entre los diversos programas disponibles se encuentran: **Programa de Diabetes:** Los miembros mayores de 18 años recibirán orientaciones sobre diabetes, los aspectos emocionales de la condición, efectos del ejercicio y la nutrición, uso de medicamentos y complicaciones, entre otros. **Programa de hipertensión:** los miembros de 18 años en adelante aprenderán sus signos y síntomas, cómo modificar su estilo de vida y cómo mantener su presión arterial bajo control. **Programa de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):** Los afiliados de 40 años o más recibirán asesoramiento sobre su afección, el uso de medicamentos recetados, signos y síntomas, la importancia del seguimiento médico para ayudar y cómo adoptar estilos de vida saludables para evitar complicaciones y disfrutar. una mejor calidad de vida. **Programa de insuficiencia cardíaca:** los miembros mayores de 18 años recibirán orientación sobre cómo prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida al aprender los pasos importantes necesarios para mejorar su salud.	Red: Nada Red: Nada por participar en el Programa contra la Obesidad.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Clases y programas educativos (cont.)	**Opción Ampliada**
Contigo Mama: brindamos a los futuros miembros educación centrada en la importancia de la atención prenatal temprana y los factores de riesgo. Las afiliadas embarazadas recibirán folletos educativos y clases virtuales con información de las diferentes etapas del embarazo y cuidados del recién nacido. Para obtener más información, consulte la Sección 5(a): Servicios y suministros médicos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica bajo atención de maternidad. **Programa para dejar de fumar:** Triple-S Salud te ofrece un programa educativo y de promoción de la salud para ayudarte a dejar el tabaco, que incluye asesoramiento individual/grupal/teléfono, medicamentos de venta libre (OTC) y recetados aprobados por la FDA para tratar la dependencia del tabaco. Consulte la Sección 5(f): Beneficio de medicamentos recetados. **Programa de Manejo de Obesidad en Adultos / Control de Peso Infantil:** Programa de control de la obesidad en adultos / Programa de control de peso infantil: Nuestro programa contra la obesidad está diseñado para ayudarte a alcanzar un peso más saludable y mejorar tu bienestar general. Entendemos que la obesidad es un problema complejo que requiere un enfoque integral. **Qué puedes esperar** Nuestro programa cuenta con una amplia gama de servicios para acompañarte en tu proceso de control de peso, entre los que se incluyen: - **Terapia conductual intensiva:** Trabaja con un profesional de la salud tiene para desarrollar hábitos y comportamientos saludables. Hasta 18 visitas al año. Se aplica el copago por visita al especialista en cada sesión. - **Apoyo nutricional:** Reciba orientación personalizada sobre alimentación saludable y nutrición. Máximo de seis (6) visitas. - **Apoyo a la actividad física:** Acceda a nuestro programa Contigo Fit para ayudarle a ponerse en marcha y mantenerse activo. Reembolso máximo de $20 dólares; consulte la sección 5(h) para obtener más detalles. - **Medicamentos contra la obesidad con GLP-1:** Si otros métodos no han funcionado, podemos proveer acceso a medicamentos, junto con orientación y apoyo. Se aplica un copago del 50 % para los medicamentos de GLP-1; consulte la sección 5(f). - **Atención especializada en obesidad:** si necesita una atención más especializada, contamos con vías claras de acceso para garantizar que reciba la ayuda que necesita. - **Apoyo conductual:** acceso a asesoramiento y apoyo para ayudarle a mantener el rumbo. No tiene que pagar nada por participar en el Programa de Obesidad, *pero se aplica un costo compartido para los servicios médicos o medicamentos.*	Red: Nada Red: Nada por participar en el Programa contra la Obesidad.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Clases y programas educativos (cont.)	**Opción Ampliada**
Programa de Vida Saludable para Diabéticos: Este programa está diseñado para proporcionar un marco común de estrategias clínicas para los miembros diabéticos en nuestra Clínica SALUS. Para garantizar la atención establecida por los lineamientos, establecimos un protocolo de visitas médicas, orientación nutricional, educación en salud y laboratorios clínicos necesarios para los afiliados diabéticos. Se espera que los miembros logren el control y reduzcan significativamente las complicaciones de su afección a través de la educación, la atención clínica y el autocuidado desarrollados con este programa.	

Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia provistos por médicos y otros profesionales de la salud

Factores importantes para considerar sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".
- Los servicios listados a continuación corresponden a los cargos que factura un médico u otros profesionales del cuidado de la salud por sus servicios quirúrgicos. Vea la Sección 5(c) para conocer los cargos de las instalaciones (p. ej., hospitales, centros quirúrgicos, etc.)
- **USTED O SU PROVEEDOR DEL PLAN DEBEN OBTENER PRECERTIFICACIÓN PARA CIERTOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.** Vea la información sobre precertificación en la Sección 3 para corroborar cuáles servicios y cirugías requieren precertificación.
- Si utiliza un proveedor fuera del plan pero que se encuentre en de nuestra área de servicios, usted pagará por los servicios recibidos y el plan le reembolsará 90% de la tarifa establecida por el plan, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable. Por favor, refiérase a la Sección 1, bajo "¿Quién provee mi cuidado de salud?", para conocer más sobre los servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Procedimientos quirúrgicos	**Opción Ampliada**
Una amplia gama de servicios, tales como: • Procedimientos quirúrgicos • Tratamiento de fracturas, incluido el enyesado • Cuidados rutinarios pre y post-operatorio por parte del cirujano • Corrección de ambliopía y estrabismo • Cirugía de remoción de Cataratas • Procedimientos endoscópicos • Procedimientos de biopsia • Extirpación de tumores y quistes • Corrección de anomalías congénitas (vea Cirugía reconstructiva) • Asistentes quirúrgicos • Procedimiento de litotricia • Tratamiento de quemaduras • Implantación de aparatos prostéticos internos. Vea 5(a), "Dispositivos ortopédicos y prostéticos", para obtener información sobre la cubierta de dispositivos. Nota: Por lo general, pagamos por prótesis internas (aparatos) según el lugar donde se realice el procedimiento. Por ejemplo, pagamos Beneficios de hospital por un marcapasos y Beneficios quirúrgicos por la implantación del marcapasos. Nota: Para los procedimientos quirúrgicos de planificación familiar femenina, consulte la Sección 5(a) de Planificación Familiar. Nota: Para los procedimientos quirúrgicos masculinos de planificación familiar, 2027 consulte la Sección 5(a) de Planificación Familiar	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada. Nota: Vea la Sección 5(c), "Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia", para conocer el copago para centros de cirugía ambulatoria. Nota: Si el servicio lo presta un proveedor del plan, el asegurado no pagará nada por la implantación de prótesis internas. Si obtiene servicios fuera de la red, deberá pagar la reclamación del proveedor y solicitarnos el reembolso. Le reembolsaremos 90% de nuestras tarifas establecidas

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Procedimientos quirúrgicos (cont.)	**Opción Ampliada**
• Tratamientos quirúrgicos por obesidad mórbida (cirugía bariátrica) – una condición en donde la persona pesa más de 100 libras o 100% sobre su peso normal según los parámetros vigentes del seguro. La cirugía bariátrica requiere preautorización (refiérase a la Sección 3) y el asegurado elegible debe ser mayor de 18 años de edad. Este plan utiliza los siguientes criterios: - Pacientes con un índice de masa corporal (IMC) superior a 40 kg/m2 o superior a 35 kg/m2 junto con comorbilidades graves como complicaciones cardiopulmonares, diabetes grave o apnea obstructiva del sueño. - El IMC se calcula mediante la siguiente fórmula: Peso (kg) ÷ altura (m2) = IMC	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No se cubren: • Reversión de esterilización voluntaria • Tratamiento rutinario para enfermedades del pie (vea la Sección 5(a) Cuidado del Pie)	*Todos los cargos*
Cirugía reconstructiva	**Opción Ampliada**
• Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una condición causada por una enfermedad o lesión, si: - la condición ha tenido un gran impacto en la apariencia del asegurado y - existe expectativa razonable de que la cirugía pueda corregir la condición • Cirugía para corregir una condición que existía al momento de o a partir de su nacimiento y que es una desviación considerable de la forma o normativa común. Ejemplos de anomalías congénitas son: protuberancias en la oreja, labio leporino, paladar hendido, marcas de nacimiento y dedos palmeados en las manos o los pies. • Todas las etapas de cirugía de reconstrucción del seno luego de una mastectomía, tales como: - Cirugía para lograr una apariencia simétrica de los senos; - Tratamiento debido a complicaciones físicas, tales como linfedema; - Prótesis del seno, sostenes prostéticos y reemplazos (vea la Sección 5(a) Aparatos prostéticos) Nota: Si necesita una mastectomía, puede escoger que se le haga el procedimiento como paciente hospitalizado y permanecer allí hasta 48 horas luego del procedimiento.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada. Nota: Vea la sección 5(c), "Servicios ambulatorios en el hospital o centro de cirugía ambulatoria", para conocer los copagos.

Cirugía reconstructiva-continua en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cirugía reconstructiva (cont.)	**Opción Ampliada**
No se cubren: • Cirugía cosmética – cualquier procedimiento (o porción de procedimiento) quirúrgico realizado principalmente para mejorar la apariencia física mediante un cambio en la forma del cuerpo, excepto para reparar alguna lesión accidental. (Véase la sección 5(d) Lesiones accidentales) • Cirugía para la modificación de los rasgos sexuales con el fin de tratar la disforia de género.	*Todos los cargos*
Cirugía oral y maxilofacial	**Opción Ampliada**
Procedimientos quirúrgicos orales, realizados solo cuando son médicamente necesarios, limitados a: • Reducción de fracturas en la quijada o los huesos faciales; • Corrección quirúrgica de labio leporino, paladar hendido o maloclusión funcional severa; • Extracción de cálculos de los conductos salivales; • Escisión de leucoplasia o neoplasias malignas; • Escisión de quistes e incisión de abscesos, si se realizan como procedimientos independientes; y • Cualquier otro procedimiento quirúrgico que no involucre los dientes o sus estructuras de soporte.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada. Nota: Vea la Sección 5(c), "Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia", para conocer el copago para centros de cirugía ambulatoria.
No se cubren: • Implantes y trasplantes orales • Procedimientos que involucran los dientes o sus estructuras de soporte (como la membrana periodontal, la encía y el hueso alveolar)	*Todos los cargos*

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos y tejidos	**Opción Ampliada**
Los siguientes **trasplantes de órganos y tejidos sólidos** están sujetos a la evaluación del plan para determinar su necesidad médica o revisión experimental/investigativa. Refiérase a "Servicios que requieren nuestra preautorización" en la Sección 3 para conocer los procesos de precertificación. • Trasplante autólogo de islotes pancreáticos (como complemento a una pancreatectomía total o casi total) solo para pacientes con pancreatitis crónica. • Córnea • Corazón • Corazón/pulmón • Trasplantes de intestino - Intestino delgado solamente - Intestino delgado con hígado - Intestino delgado con varios órganos, tales como hígado, estómago y páncreas • Riñón • Riñón y páncreas • Hígado • Pulmón: sencillo o bilateral • Páncreas	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos
Estos **trasplantes en tándem de sangre o médula ósea para trasplantes cubiertos** están sujetos a la evaluación del plan para determinar su necesidad médica. Refiérase a "Servicios que requieren nuestra preautorización" en la Sección 3 para conocer los procesos de precertificación. • Trasplantes autólogos en tándem para las siguientes enfermedades: - Amiloidosis AL - Mieloma múltiple (*de novo* y tratado) -Tumores recurrentes de células germinales (incluye el cáncer testicular)	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos
Trasplantes de sangre o médula ósea (Trasplante de células madre hematopoyéticas - TCMH) El plan extiende su cubierta para diagnósticos como se indica a continuación. • Trasplantes alogénicos para las siguientes enfermedades: - Leucemia linfocítica o no linfocítica aguda (es decir, mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) - Linfoma no hodgkiniano avanzado con recurrencia (recaída) - Leucemia mieloide aguda - Trastornos mieloproliferativos avanzados (MPD, por sus siglas en inglés)	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos y tejidos (cont.)	**Opción Ampliada**
- Amiloidosis - Leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (CLL/SLL, ambas por sus siglas en inglés) - Hemoglobinopatía - Osteoporosis infantil maligna - Síndrome de Kostmann - Deficiencias de adhesión leucocitaria - Insuficiencia medular y trastornos relacionados (es decir, de Fanconi, hemoglobinuria paroxística nocturna, aplasia pura de glóbulos rojos) - Mucolipidosis (p. ej.: enfermedad de Gaucher, leucodistrofia metacromática, adrenoleucodistrofia) - Mucopolisacaridosis (p. ej.: síndrome de Hurler, variantes del síndrome de Maroteaux-Lamy) - Mielodisplasia/síndromes mielodisplásicos - Hemoglobinuria paroxística nocturna - Enfermedades de deficiencia fagocítica/hemofagocítica (p. ej.: síndrome de Wiskot-Aldrich) - Inmunodeficiencia combinada grave - Anemia aplásica grave o muy grave - Anemia falciforme - Síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X • Trasplantes autólogos para las siguientes enfermedades: - Leucemia linfocítica o no linfocítica aguda (es decir, mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) - Linfoma no hodgkiniano avanzado con recurrencia (recaída) - Amiloidosis - Cáncer del seno - Ependimoblastoma - Cáncer epitelial de ovario - Sarcoma de Ewing - Meduloblastoma - Mieloma múltiple - Neuroblastoma - Pineoblastoma -Tumores de células germinales testiculares, mediastínicas, retroperitoneales y ováricas.	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos y tejidos (cont.)	**Opción Ampliada**
Los minitrasplantes realizados dentro de un contexto de investigación clínica (no mieloblativo, acondicionamiento de intensidad reducida o AIR), para asegurados que padezcan alguno de los siguientes diagnósticos, están sujetos a que el plan revise su necesidad médica. Refiérase a "Servicios que requieren nuestra preautorización" en la Sección 3 para conocer los procesos de precertificación: • Trasplantes alogénicos para las siguientes enfermedades: - Leucemia linfocítica o no linfocítica aguda (es decir, mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) - Linfoma no hodgkiniano avanzado con recurrencia (recaída) - Leucemia mieloide aguda - Trastornos mieloproliferativos avanzados (MPD) - Amiloidosis - Leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (CLL/SLL) - Hemoglobinopatía - Insuficiencia medular y trastornos relacionados (es decir, de Fanconi, HPN, aplasia pura de glóbulos rojos) - Mielodisplasia/síndromes mielodisplásicos - Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) - Inmunodeficiencia combinada grave - Anemia aplásica severa o muy severa • Trasplantes autólogos para las siguientes enfermedades: - Leucemia linfocítica o no linfocítica aguda (es decir, mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) - Linfoma no hodgkiniano avanzado con recurrencia (recaída) - Amiloidosis - Neuroblastoma	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos
Estos trasplantes de sangre o médula ósea solo estarán cubiertos para **investigaciones clínicas aprobadas** en el Instituto Nacional de Cáncer o los Institutos Nacionales de Salud, o realizados en los centros de excelencia designados por el plan; y si además lo aprueba el director médico del plan según los protocolos de este. Si usted participa en un estudio de investigación clínica, el plan proporcionará los beneficios del cuidado rutinario relacionado médicamente necesarios (tales como visitas médicas, pruebas de laboratorio, rayos X, tomografías y hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la condición del paciente) si no son provistos por el estudio de investigación clínica. La Sección 9 tiene información adicional sobre costos relacionados con los estudios de investigación clínica. Lo alentamos a que, si participa en un estudio de investigación clínica, contacte al plan para analizar los servicios específicos.	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos y tejidos (cont.)	**Opción Ampliada**
• Trasplantes alogénicos para las siguientes enfermedades: - Etapa inicial (asintomática o no avanzada) de linfoma linfocítico pequeño - Mieloma múltiple, hasta los 65 años • Minitrasplantes (no mieloblativos alogénicos, AIR) para las siguientes enfermedades: - Leucemia linfocítica o no linfocítica aguda (es decir, mielógena), hasta los 60 años - Linfoma de Hodgkin avanzado - Linfoma no hodgkiniano avanzado - Leucemia linfocítica crónica - Leucemia mielógena crónica - Etapa inicial (asintomática o no avanzada) de linfoma linfocítico pequeño - Mieloma múltiple, hasta los 65 años - Anemia falciforme (*sickle cell*) • Trasplantes autólogos para las siguientes enfermedades: - Cáncer renal infantil avanzado - Sarcoma de Ewing agudo - Cáncer del seno - Rabdomiosarcoma infantil - Etapa inicial (asintomática o no avanzada) de linfoma linfocítico pequeño - Cáncer epitelial de ovario - Linfoma de células de manto (no hodgkiniano)	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos
Nota: Para todo trasplante cubierto de órganos/tejidos, si el receptor está cubierto, también cubriremos los gastos médicos y hospitalarios del donante. Cubrimos las pruebas del donante de órganos sólidos en cuestión o hasta cuatro donantes para trasplante de médula ósea/células madre, además de las pruebas a los familiares.	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos
Programa Nacional de Trasplantes (NTP, por sus siglas en inglés)	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos
No se cubren: • *Pruebas de detecciones y gastos de búsquedas de donantes, excepto como se indica anteriormente.* • *Implantes de órganos artificiales.* • *Donantes vivos para trasplante de intestino en adultos y niños.* • *Trasplantes no listados como cubiertos.* • *Transportación, comidas y gastos de estadía*	*Todos los cargos*

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Anestesia	**Opción Ampliada**
Servicios profesionales provistos en: • Hospital (paciente hospitalizado) • Departamento ambulatorio de hospital • Centro de enfermería especializada • Centro de cirugía ambulatoria • Oficina	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos
No se cubren: • Anestesia para cirugías y procedimientos no cubiertos	*Todos los cargos*

Sección 5(c). Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia

Factores importantes para considerar sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios.
- Para maximizar sus beneficios, deben ser médicos del plan quienes le brinden o coordinen su cuidado, y usted debe estar hospitalizado en una instalación participante del plan.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".
- Las cantidades que aparecen a continuación son por los cargos facturados por instalaciones (p. ej., hospitales o centros quirúrgicos), o servicios de ambulancia para su cirugía o cuidado. Todos los costos asociados con cargos profesionales (p. ej. médicos, etc.) se encuentran en la sección 5(a) o (b).
- Vea la Sección 3 para más información sobre la "Red de hospitales de cuidado coordinado" disponible para usted.
- Si utiliza un proveedor fuera del plan pero que se encuentre en de nuestra área de servicios, usted pagará por los servicios recibidos y el plan le reembolsará 90% de la tarifa establecida por el plan, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable. Por favor, refiérase a la Sección 1, bajo "¿Quién provee mi cuidado de salud?", para conocer más sobre los servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Hospitalizaciones	**Opción Ampliada**
Alojamiento y comida, tal como • Acomodo en sala, cuarto semiprivado o cuidado intensivo • Cuidado general de enfermería • Comidas y dietas especiales NOTA: La "Red de hospitales de cuidado coordinado" está disponible como parte de sus servicios de asistencia personalizada, para su conveniencia. Vea la Sección 3 para información sobre los servicios disponibles para usted. NOTA: Si usted escoge una habitación privada, aunque no sea médicamente necesaria, deberá pagar la cantidad en exceso de la tarifa por una habitación semiprivada.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Otros servicios hospitalarios y suplidos, tales como: • Salas de operaciones, recuperación, maternidad y tratamiento • Medicamentos recetados • Pruebas diagnósticas de laboratorio y rayos X • Administración de sangre y sus derivados • Sangre o plasma sanguíneo, si no ha sido donada o reemplazada • Vendajes, férulas, yesos y servicios de bandejas estériles • Suplidos y equipo médico, incluido el oxígeno • Anestésicos, incluidos los servicios de enfermera anestesista • Suplidos médicos, aparatos, equipo médico y cualquier otro artículo cubierto facturado por un hospital para uso en el hogar	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Hospitalizaciones (cont.)	**Opción Ampliada**
No se cubren: • Cuidado de custodia, descanso, cuidado domiciliario o de convalecencia • Instalaciones no cubiertas, tales como hogares geriátricos, escuelas • Artículos para su comodidad personal, tal como teléfono, televisión, servicio de barbería, comidas y camas para visitantes • Servicios de enfermería privada • Hospitalizaciones para cirugías y procedimientos no cubiertos	*Todos los cargos*
Servicios ambulatorios en el hospital o centro de cirugía ambulatoria	**Opción Ampliada**
• Salas de operaciones, recuperación y otros tratamientos • Medicamentos recetados • Servicios de patología • Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos biológicos • Sangre o plasma sanguíneo, si no ha sido donada o reemplazada • Vendajes, yesos y servicios de bandejas estériles • Suplidos médicos, incluye oxígeno • Anestésicos y servicios de anestesia NOTA: Nosotros cubrimos los servicios y suplidos de hospital relacionados con procedimientos dentales si son necesarios debido a un impedimento físico no dental. No cubrimos los procedimientos dentales.	En la red: $25 de copago por la instalación al realizarse una cirugía ambulatoria En la red: $0 copago para esterilización voluntaria Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Pruebas prequirúrgicas	En la red: Nada por rayos-X, $1.00 por prueba de laboratorio; 20% para polisomnografía, amniocentesis genética, pruebas vasculares y cardiovasculares no invasivas, incluidos el electrocardiograma y el EEG. Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No se cubren: • Cargos que usted incurra por servicios ambulatorios en un hospital o facilidad, por cirugías o procedimientos no cubiertos	*Todos los cargos*
Beneficios de cuidado extendido/centro de enfermería especializada	**Opción Ampliada**
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Atención médica ilimitada y adecuada, incluso cama, alojamiento y cuidado de enfermería general; medicamentos, productos biológicos, suplidos y equipos usualmente provistos o coordinados por el centro de enfermería especializada, al ser recetados por un proveedor del plan. Usted o su proveedor del plan deben obtener una precertificación de su plan antes de ser internado en un centro de enfermería especializada, según se indica en la página 18.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Beneficios de cuidado extendido/centro de enfermería especializada (cont.)	**Opción Ampliada**
No se cubren: • *Cuidado de custodia, descanso, cuidado domiciliario o de convalecencia*	*Todos los cargos*
Cuidado de hospicio	**Opción Ampliada**
Cuidados paliativos y de apoyo a asegurados con una expectativa de vida proyectada de seis meses o menos, debido a una condición médica terminal, cubiertos en el hogar Nota: Los servicios requieren una precertificación y están sujetos al protocolo de Triple-S Salud, Inc. El cuidado de hospicio se centra en aliviar el dolor, la ansiedad, el sufrimiento y otros síntomas de enfermedades crónicas y terminales, así atendiendo todas las necesidades emocionales y espirituales del asegurado y su familia. La duración de los servicios de hospicio cubiertos no debe exceder 120 días.	En la red: Nada, cubierto a través de Manejo de Caso Fuera de la red: Todos los cargos
No se cubren: • *Servicio de enfermería independiente* • *Servicios domésticos*	*Todos los cargos*
Ambulancia	**Opción Ampliada**
• Servicios locales de ambulancias profesionales, si son médicamente necesarios	Nada Nota: Usted debe presentar la reclamación del proveedor y solicitar nuestro reembolso.
• Servicios de ambulancia aérea dentro del área de servicio (Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE. UU.)	Nada, hasta $50,000 por incidente.
No se cubren: • Servicio de ambulancia aérea fuera de Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE. UU.	*Todos los cargos*

Sección 5(d). Accidentes / servicios de emergencia

Aspectos importantes que debe considerar sobre estos beneficios

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".

¿Qué es una emergencia médica?

Una emergencia médica es el comienzo súbito e inesperado de una condición o lesión que usted entiende que pone su vida en peligro o podría resultar en una discapacidad o lesión grave, y que requiere cuidado inmediato médico o quirúrgico. Algunas condiciones son emergencias ya que, si no se tratan de inmediato, podrían agravarse. Esto incluye, por ejemplo, heridas profundas y huesos fracturados. Otras condiciones son emergencias porque potencialmente son una amenaza a la vida, tal como ataques al corazón, derrames cerebrales, envenenamientos, heridas de bala o incapacidad repentina para respirar. Hay muchas otras condiciones agudas que podríamos determinar que son emergencias médicas. Todas tienen en común su necesidad de acción rápida.

Qué hacer en caso de emergencia:

Emergencias dentro de nuestra área de servicio

Tenemos un número de teléfono libre de cargos, disponible las 24 horas del día, para ofrecerle asesoría médica sobre su condición. Llame al **800-255-4375.** También puede optar por llamar a su médico generalista.

Usted puede visitar las salas de urgencia de la red si tiene una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave para razonablemente requerir atención médica inmediata, pero no tan grave que requiera visitar una sala de emergencias. Las salas de urgencia por lo general están disponibles fuera de horas laborales, incluso noches y fines de semana.

En emergencias extremas, si presenta síntomas de gravedad suficiente, inclusive dolor intenso, contacte al servicio local de emergencias (p. ej., el sistema telefónico 911) o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si la emergencia resulta en una admisión al hospital, no pagará nada por la admisión.

Emergencias fuera de nuestra área de servicio

Usted puede llamar al servicio local de emergencias (p. ej., el sistema 911) o ir a la sala de emergencias del hospital más cercano. Los beneficios están disponibles para cualquier servicio de salud que sea médicamente necesario y se requiera de inmediato debido a una lesión o enfermedad súbita, a través de los proveedores de plan Blue Cross and Blue Shield. Si se utiliza un proveedor no participante en el plan, este plan pagará 90% de los cargos usuales, acostumbrados y razonables para el área donde se prestaron los servicios de emergencia, después de cualquier deducible o coaseguro aplicable. Usted paga el resto de los cargos.

- Con su autorización, este plan pagará beneficios directamente a proveedores no participantes por servicios de emergencia, al recibir su reclamación. Las reclamaciones de médicos no participantes deberán presentarse usando el formulario CMS 1500. Si se le requiere que pague por los servicios, envíe a este plan las facturas detalladas y sus recibos, con una explicación de los servicios y la información de su tarjeta de identificación.
- El pago se le enviará a usted (o al proveedor, si usted no pagó la factura), a menos que la reclamación sea denegada. Si la reclamación es denegada, recibirá un aviso sobre la decisión e incluiremos la razón de la denegación y las disposiciones del contrato que sirvieron de fundamento para tal denegación. Si no está de acuerdo con la decisión del plan, puede solicitar una reconsideración de acuerdo con el procedimiento para las disputas de reclamaciones que se describe en las páginas 76 a 77.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Emergencia dentro de nuestra área de servicio	**Opción Ampliada**
• Cuidado de emergencia en una oficina médica	Copago de $7.50
• Cuidado de emergencia en una sala de emergencia de hospital	$25
• Cuidado de emergencia en una sala de urgencia	En la red: Copago de $10 $0 copago por servicios recibidos en Clínicas de Urgencias SALUS. Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Cuidado de emergencia al estar hospitalizado, incluye servicios médicos	Nada
No se cubren: • *Cuidados opcionales o no urgentes*	*Todos los cargos*
Emergencia fuera de nuestra área de servicio	**Opción Ampliada**
• Cuidado de emergencia en una oficina médica • Cuidado de emergencia en una sala de urgencia • Cuidado de emergencia como paciente ambulatorio o internado en hospital, incluye servicios médicos Nota: Vea la Sección 5(h), "Bienestar y otros beneficios especiales", para información sobre el Programa BlueCard.	10% de nuestra aportación Nota: Cuando utilice proveedores no participantes, deber presentar la reclamación del proveedor y solicitar a este plan el reembolso. El plan le reembolsará 90% del cargo usual, acostumbrado y razonable en el área donde se brindaron los servicios de emergencia, o de acuerdo con las tarifas de proveedores no participantes del plan local de Blue Cross Blue Shield, después de cualquier copago o coaseguro aplicable. Cuando utilice proveedores participantes, el plan pagará a los proveedores 90% del cargo usual, acostumbrado y razonable en el área donde se brindaron los servicios de emergencia o de acuerdo con las tarifas del plan local del Blue Cross Blue Shield, después de cualquier copago o coaseguro aplicable.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Emergencia fuera de nuestra área de servicio (cont.)	**Opción Ampliada**
• Atención de emergencia en los centros médicos Sanitas Urgent Care en Florida	En la red: copago de $50 Fuera de la red: 10% de nuestra asignación Nota: Cuando utilice proveedores que no pertenecen al plan, debe presentar el reclamo del proveedor y solicitar el reembolso de este Plan. El plan le reembolsa el 90 % de los cargos habituales, acostumbrados y razonables para el área en la que se prestan los servicios de emergencia o según las tarifas de los proveedores fuera del plan del plan local de Blue Cross Blue Shield, después de cualquier copago o coaseguro aplicable. Al utilizar proveedores del Plan, el plan pagará a los proveedores el 90 % de los cargos habituales, acostumbrados y razonables para el área en la que se prestan los servicios de emergencia o de acuerdo con las tarifas del Plan local de Blue Cross Blue Shield, después de cualquier copago o coaseguro aplicable.
Ambulancia	**Opción Ampliada**
• Servicios locales de ambulancias profesionales, si son médicamente necesarios Nota: Vea la Sección 5(c), Servicios provistos por un hospital u otra instalación y servicios de ambulancia para servicios no urgentes.	Nada Nota: Usted debe presentar la reclamación del proveedor y solicitar nuestro reembolso.
• Servicios de ambulancia aérea dentro del área de servicio (Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE. UU.)	Nada, hasta $50,000 por incidente
No se cubren: • Servicio de ambulancia aérea fuera del área de servicio	*Todos los cargos*

Sección 5(e). Beneficios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias

Factores importantes para considerar sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".
- **Usted o su proveedor de salud mental debe llamar al 1-800-660-4896 para coordinar los servicios para su plan de tratamiento.** Este número libre de costo está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para ayudarle a obtener cuidado de salud mental o por abuso de sustancias.
- Si utiliza un proveedor fuera del plan pero que se encuentre en de nuestra área de servicios, usted pagará por los servicios recibidos y el plan le reembolsará 90% de la tarifa establecida por el plan, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable. Por favor, refiérase a la Sección 1, bajo "¿Quién provee mi cuidado de salud?", para conocer más sobre los servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.
- Proporcionaremos criterios de revisión médica o razones para las denegaciones de planes de tratamiento a los afiliados, asegurados o proveedores cuando lo soliciten o según sea necesario.
- La OPM basará su revisión de disputas sobre planes de tratamiento en la idoneidad clínica del plan de tratamiento. Por lo general, la OPM no nos ordenará pagar ni proporcionar un plan de tratamiento clínicamente apropiado a favor de otro.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Servicios Profesionales	**Opción Ampliada**
Si es parte de un plan de tratamiento aprobado por nosotros, cubrimos los servicios de un profesional de salud mental y trastorno por abuso de sustancias cuando ejerce dentro del ámbito de su licencia, tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos, consejeros profesionales licenciados o terapeutas conyugales y familiares. Nota: Para coordinar sus servicios y asegurar que esté recibiendo el cuidado apropiado, usted o su proveedor del plan debe notificarnos al inicio de su cuidado ambulatorio. Usted o su médico participante debe llamar al 800-660-4896 para registrarse y obtener ayuda.	En la red: Sus costos compartidos no serán mayores que con otras enfermedades o condiciones. Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Diagnóstico y tratamiento de condiciones psiquiátricas, enfermedades o trastornos mentales. Los servicios incluyen: • Evaluación diagnóstica • Intervención en crisis y estabilización de episodios agudos • Evaluación y manejo de medicamentos (farmacoterapia) • Pruebas psicológicas y neuropsicológicas necesarias para determinar el tratamiento psiquiátrico apropiado • Tratamiento y consejería (incluye visitas para terapia individual o grupal) • Diagnóstico y tratamiento de trastornos por uso de sustancias, que incluye desintoxicación, tratamiento y consejería • Cargos profesionales por tratamiento ambulatorio intensivo en la oficina del proveedor u otro entorno profesional • Terapia electroconvulsiva	En la red: $7.50 por visita al consultorio y/o terapia Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Diagnósticos	**Opción Ampliada**
• Visita médica a paciente hospitalizado	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Pruebas diagnósticas ambulatorias provistas y facturadas por un profesional licenciado en el tratamiento de trastornos de salud mental y abuso de sustancias • Pruebas diagnósticas provistas y facturadas por un laboratorio, hospital u otra instalación cubierta	En la red: Nada por rayos X y $1.00 por prueba de laboratorio; 20% para ciertas pruebas diagnósticas Vea "Laboratorios, Rayos X y otros estudios diagnósticos" (Sección 5a). Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
• Pruebas psicológicas, si las realiza un psicólogo cualificado	El plan le reembolsa hasta las tarifas establecidas. Usted paga cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
Hospitalización u otra instalación cubierta	**Opción Ampliada**
Servicios para pacientes hospitalizados provistos y facturados por un hospital u otra instalación cubierta • Alojamiento y comidas, tal como alojamiento en cuarto semiprivado o en intensivo, cuidado general de enfermería, comidas y dietas especiales y otros servicios hospitalarios Nota: Vea "Factores importantes a considerar sobre estos beneficios", al comienzo de esta sección.	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
Hospitalario ambulatorio u otra instalación cubierta	**Opción Ampliada**
Servicios ambulatorios provistos y facturados por un hospital u otra instalación cubierta • Servicios en programas de tratamiento aprobados, tales como hospitalización parcial, hogar de transición, tratamiento residencial, hospitalización de día completo o tratamiento intensivo ambulatorio en un centro de salud	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No cubierto	**Opción Ampliada**
• *Servicios no descritos en esta sección*	*Todos los cargos*

Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Cubrimos medicamentos recetados, como se describe en la tabla que comienza en la página 62.
- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones que aparecen en este folleto, y solo se pagarán si determinamos que son médicamente necesarios.
- Su médico debe obtener aprobación previa / preautorización para ciertos suplidos y medicamentos recetados, antes que aplique la cubierta. Las aprobaciones previas o preautorizaciones deben renovarse periódicamente.
- La ley federal o estatal prohíbe que las farmacias acepten medicamentos sin usar.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".
- Si usa una farmacia no participante, el plan pagará 75% de la tarifa establecida por el plan para medicamentos recetados y usted pagará los cargos restantes.

La exclusión de los tratamientos hormonales para la modificación de los rasgos sexuales en casos de disforia de género solo se aplica a la modificación química y quirúrgica de los rasgos sexuales de una persona (incluida como parte de los servicios de «transición de género»). **No excluimos la cobertura de clases completas de fármacos**, por ejemplo, los agonistas de la GnRH pueden recetarse durante la fecundación in vitro, para la reducción de la endometriosis o los fibromas, y para el tratamiento del cáncer o la prevención del crecimiento del cáncer de próstata o de tumores.

Hay cierta información de la que usted debe estar al tanto. Esta incluye:

Quién puede escribir su receta. Un médico o dentista autorizado dentro de nuestra área de servicio.

Dónde puede obtener los medicamentos. Puede surtir la receta en una farmacia de la red, una farmacia fuera de la red o por correo (consulte Programa de pedidos por correo de farmacias de Triple-S Salud). Pagamos un nivel más alto de beneficios cuando utiliza una farmacia de la red.

Usamos un formulario de medicamentos. Cubrimos medicamentos que no están en el formulario recetados por un médico del Plan. Si su médico cree que es necesario un producto de marca o no hay un genérico disponible, su médico puede recetarle un producto de marca de la lista del formulario. Esta lista de medicamentos de marca es una lista preferida de medicamentos que hemos seleccionado para satisfacer las necesidades de los pacientes a un costo menor. Consulte nuestro formulario en línea y las herramientas de búsqueda de precios de medicamentos en la siguiente dirección: www.ssspr.com. Para solicitar un folleto de medicamentos recetados, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de los EE. UU.

Contamos con un formulario administrado o Lista de Medicamentos es una lista de medicamentos que representa una evaluación previa del Comité de Farmacia y Terapéutica del Plan respecto de su eficiencia, seguridad y costo efectividad; que garantiza la calidad de la terapia, minimizando una utilización inadecuada que pueda afectar la salud del paciente. Consulte la Lista de medicamentos para obtener más información sobre descripciones de niveles de beneficios, términos de farmacia, ediciones de utilización e instrucciones especiales. Nos reservamos el derecho de elegir aquellos medicamentos recetados que se incluirán en su Cobertura de medicamentos recetados. Además, también se considerará exclusión cualquier nuevo medicamento recetado de clasificación terapéutica excluida.

Los beneficios se brindan al miembro y a sus dependientes cubiertos por los medicamentos recetados por un médico o dentista después de pagar los copagos correspondientes.

Estas son las limitaciones para el despacho de medicamentos. Este plan sigue las guías de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA) para manejar la cubierta de farmacia. Estas guías incluyen dosis, medicamentos genéricos y nuevas clasificaciones de medicamentos, entre otras.

Nosotros cubrimos medicamentos recetados no controlados despachados dentro de un período de doce meses (con 5 repeticiones) desde la fecha de la receta original emitida por el doctor, dentista o podiatra, sin exceder la cantidad normal para 30 días de abastecimiento. La red de farmacias no despachará recetas demasiado pronto después de haber despachado la última. Si este es el caso, la farmacia contactará al plan para obtener su autorización.

Algunos medicamentos requieren precertificación. La Lista de Medicamentos identifica los medicamentos que requieren precertificación con las iniciales **PA**. La farmacia también contactará al plan para obtener autorización para cambios en dosis y si los cargos exceden $750 por receta despachada. Algunos medicamentos solo se despacharán en farmacias especializadas (CVS Caremark Specialty Pharmacy, Walgreens Specialty Pharmacy y Best Option Pharmacy) para asegurar que estos medicamentos se receten y despachen adecuadamente. Para obtener una lista de estos medicamentos, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

Si piensa viajar y necesita obtener una repetición de medicamento por adelantado, deberá presentar la receta y su boleto de viaje en la farmacia para permitirle contactar al plan y obtener su autorización.

Se despachará la versión genérica si está disponible. Si usted o su médico deciden usar un medicamento de marca, con instrucciones de "original" o "despache según escrito" en la receta cuando exista una versión genérica aprobada por la FDA, deberá pagar la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico, ya que la versión de marca no es médicamente necesaria. Triple-S Salud, Inc. pagará hasta el costo del medicamento genérico. Si no existe una versión genérica del medicamento, se despachará el medicamento de marca y deberá pagar el copago de medicamentos de marca.

*El Programa de Farmacia de Triple-S Salud, Inc. es un producto de Triple-S Salud administrado por Abarca Health LLC., un contratista independiente de servicios de farmacia.

¿Por qué usar medicamentos genéricos? Los medicamentos genéricos tienen un precio menor y son equivalentes terapéuticos a los medicamentos de marca más costosos. Estos deben contener los mismos ingredientes activos y ser de una fuerza y dosis equivalentes al producto de marca original. La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos establece las normas de calidad para los medicamentos genéricos, para asegurar que estos medicamentos cumplen las mismas normas de calidad y fuerza que los medicamentos de marca.

Usted puede ahorrar al usar medicamentos genéricos ya que no paga nada. Usted y su médico del plan pueden solicitar que se despache un medicamento de marca, aunque el medicamento genérico esté disponible, pero le costará más caro. Usar los medicamentos más costo-efectivos le ahorrará dinero.

Programa de Terapia Escalonada. En algunos casos, se le requiere que utilice primero un medicamento para su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B ambos tratan su condición, podríamos requerirle a su médico que recete primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos el medicamento B. Este programa requiere que se usen medicamentos sin receta (OTC) o genéricos antes de utilizar otros medicamentos para tratar su condición médica. La parte que requiere que primero se use OTC incluye inhibidores de la bomba de protones (PPI), antihistamínicos no sedantes y agentes para alergias oculares.

La porción que requiere que primero se use el medicamento genérico incluye medicamentos para colesterol (estatinas), osteoporosis (bifosfonatos orales), alergias (corticosteroides nasales), bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARB) para la hipertensión, hipnóticos, manejo del dolor, déficit de atención con hiperactividad (ADHD), asma, diabetes y antidepresivos.

Programa de Farmacia Especializada. Los productos especializados son aquellos utilizados para tratar condiciones crónicas y de alto riesgo, tales como cáncer, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, hemofilia y hepatitis C, entre otras. Estos requieren administración y/o manejo especial debido a su composición compleja. Debe despachar todas sus recetas de medicamentos especializados en nuestras farmacias especializadas: CVS Caremark Specialty Pharmacy, Walgreens Specialty Pharmacy o Best Option Pharmacy. Al seleccionar su farmacia preferida, usted recibirá una evaluación del personal especializado en el manejo de condiciones crónicas para poder identificar sus necesidades particulares y contestar cualquier pregunta que tenga sobre su medicamento. Además, podrá coordinar la entrega de sus medicamentos al lugar de su elección y consultar con el personal de farmacia, y tendrá la opción de ordenar repeticiones o verificar su estatus a través de una página web dedicada a los participantes del programa. El personal de farmacia colaborará con su médico en el manejo de su condición y su terapia de medicamentos. Para más información, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY:1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

Programa de envío de medicamentos por correo de Triple-S Usted puede obtener ciertos medicamentos de mantenimiento por correo, desde la comodidad de su hogar, y hasta 90 días de abastecimiento. Para comenzar a utilizar el servicio del Programa de envío de medicamentos por correo, vaya a la página web www. alliancerxwp.com/home-delivery, ingrese sus medicamentos recetados y siga las instrucciones en la página de confirmación de registro para enviar sus recetas. Para registrarse y usar el servicio de este programa por primera vez, su médico debe escribirle dos recetas:

- Una receta para un período de 30 días a ser despachada inmediatamente en cualquier farmacia participante.

- Una receta para un abastecimiento de 90 días, y que incluya una (1) repetición. Esta receta es la que será despachada por el Programa de envío de medicamentos por correo.

También puede ordenar sus medicamentos recetados por teléfono; 800-345-1985, 800-778-5427 (TTY 800-925-0178 in English, 877-220-6173 en español), por fax: 800-332-9581, o por correo regular a: PO Box 29061 Phoenix, AZ 85038-9061. Nuestros horarios de operación son 24 horas/ 7 días a la semana.

Servicio de abastecimiento para 90 días. Este programa voluntario le permite obtener abastecimientos de 90 días para ciertos medicamentos de mantenimiento en farmacias comerciales que participen en el programa. Para más información, llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 866-215-1999) si llama desde Islas Vírgenes de EE. UU.

Cuando debe presentar una reclamación. Usted debe presentar una reclamación cada vez que usa una farmacia fuera de la red. El plan reembolsa 75% de las tarifas establecidas para medicamentos recetados, y usted pagará los cargos restantes. Debe presentarnos una factura detallada y/o los recibos. Para conocer qué información se requiere, vea la Sección 7, "Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos".

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suplidos cubiertos	**Opción Ampliada**
Cubriremos los medicamentos recetados basándonos en una Lista de Medicamentos. Cubrimos los siguientes medicamentos y suplidos ordenados por un médico o dentista del plan y obtenidos en una farmacia participante en el plan: • Medicamentos recetados para tratar la obesidad: Aplica un costo-compartido de 50% para medicamentos GLP-1. Para más información, consulte la sección 5(a) del Programas de Obesidad. • Fármacos y medicamentos que, según la ley federal de Estados Unidos, deben ser recetados por un médico para poder comprarlos, excepto aquellos listados como No cubiertos. • Insulina • Los suplidos para diabéticos están limitados a: - Agujas desechables y jeringuillas para la administración de medicamentos cubiertos • Medicamentos para la disfunción sexual - limitado a seis (6) pastillas por mes para hombres mayores de 18 años de edad. • Vitaminas, únicamente si incluyen la leyenda: “La ley Federal prohíbe el despacho sin receta”, incluidas las vitaminas prenatales. Nota: Líquidos y medicamentos intravenosos para uso en el hogar, medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables están cubiertos bajo el Beneficio Médico-Quirúrgico (también están cubiertos bajo el Beneficio Médico-Quirúrgico al ofrecerse como parte de un programa de servicios de salud en el hogar).	Usted pagará los siguientes copagos por medicamentos en la Lista de Medicamentos obtenidos en una farmacia del plan: • 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% hasta un desembolso máximo de $125 por unidad o repetición • Nivel 4: Medicamentos especializados/biotecnológicos preferidos, 25% o $200, lo que sea menor, por unidad o repetición • Nivel 5: Medicamentos especializados/biotecnológicos no preferidos, 30% o $300, lo que sea menor, por unidad o repetición
Exención de copago para medicamentos genéricos: • Agentes antihipertensivos - Solo incluye inhibidores ACE, bloqueadores del receptor de angiotensina (BRA) e inhibidores directos de renina • Antidiabéticos orales - Medicamentos cubiertos antidiabéticos por vía oral, excepto inyectables • Antihiperlipidémicos - Solo incluye estatinas • Naloxone	En la red: Nada Nota: Aplica solo a medicamentos genéricos. Para los copagos o coaseguros de los medicamentos de marca, refiérase al Nivel 2 y Nivel 3

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suplidos cubiertos (cont.)	**Opción Ampliada**
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos como se enumeran en el portal de la Administración de Recursos y Servicios de Salud https://www.hrsa.gov/womens-guidelines La cubierta anticonceptiva está disponible sin costo para los asegurados de FEHB. El beneficio de anticoncepción incluye al menos una opción en cada una de las categorías por la HRSA, los métodos anticonceptivos (así como la detección, educación, consejería y atención de seguimiento). Se puede acceder a cualquier anticonceptivo que no esté disponible sin costo compartido en el formulario a través del proceso de excepción expedita de anticonceptivos, cuando lo recete un médico. • Medicamentos de venta libre y recetados aprobados por la FDA para prevenir embarazos no deseados. • Para información adicional se puede comunicar con Servicio al Cliente llamando al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. Una vez que hayamos recibido la información necesaria sobre la solicitud de excepción para poder tomar una decisión, recibirá una respuesta en un plazo de 24 horas o el siguiente día laborable. Las solicitudes de excepción relacionadas con los anticonceptivos no están sujetas a la sección 8. Si tiene dificultades para acceder a los servicios de contraceptivos u otros servicios de salud reproductiva, puede contactar con contraception@opm.gov. Reembolso para contraceptivos sin receta pueden ser sometidas de acuerdo a la Sección 7. Nota: Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos sin receta aprobados por la FDA requieren una orden médica por escrito emitida por un proveedor. Por favor consulte el formulario de farmacia para ver la lista completa. Nota: Para conocer los beneficios adicionales de Planificación Familiar, consulte la Sección 5(a).	En la red: Nada
Nota: Los medicamentos de venta libre y los medicamentos recetados apropiados aprobados por la FDA para tratar la dependencia del tabaco están cubiertos a través de las Clases y programas educativos para dejar de fumar en la Sección 5(a).	En la red: Nada
Los agentes de rescate de opioides están cubiertos por este Plan sin costo compartido cuando se obtienen con receta médica en nuestra farmacia en cualquier forma disponible sin receta o con receta, como aerosoles nasales e inyecciones intramusculares. Para obtener más información, consulte la guía de la FDA en https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/access-naloxone-can-save-life-during-opioid-overdose O llame a la línea de ayuda nacional de SAMHSA 1-800-662-HELP (4357) o visite: https://www.findtreatment.samhsa.gov/	En la red: Nada

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suplidos cubiertos (cont.)	**Opción Ampliada**
Medicamentos de cuidado preventivo para promover una mejor salud, según recomendado por la ACA.	En la red: Nada
Los siguientes medicamentos y suplementos están cubiertos sin costo compartido, aunque se vendan sin receta, si son recetados por un profesional de la salud y despachados en una farmacia de la red. • Aspirina (81 mg) para adultos de 50 a 75 años de edad con 10% de riesgo cardiovascular a 10 años para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal • Suplementos de ácido fólico de 400 y 800 mcg para mujeres en edad reproductiva • Suplementos de hierro para niños de 4 meses a 21 años de edad con riesgo de anemia • Flúor en tabletas o solución (no pastas de dientes ni enjuagues bucales) para niños entre 0 y 5 años de edad • Medicamentos preventivos de cáncer del seno, como Tamoxifen o Raloxifene • Medicamentos preventivos con estatinas para adultos de 40 a 75 años de edad sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares, uno o más factores de riesgo para dichas enfermedades y riesgo de sufrir un evento cardiovascular de 10% o más, calculado a 10 años Nota: Para recibir este beneficio, se debe presentar una receta médica en la farmacia.	En la red: Nada
Programa de envío de medicamentos por correo y abastecimiento extendido a 90 días Estos programas tienen las siguientes características: • Abastecimiento para 90 días, incluye una (1) repetición • No todos los medicamentos están sujetos a este programa. Nota: Los medicamentos Nivel 4 y Nivel 5 no están disponibles para el Programa de envío de medicamentos por correo / abastecimiento extendido a 90 días porque los medicamentos especializados/biotecnológicos solo se despachan en farmacias especializadas.	Usted pagará los siguientes copagos por medicamentos en la Lista de Medicamentos: • Nivel 1: Medicamentos genéricos, $4 por unidad o repetición • Nivel 2: Medicamento de marca preferido, $40 por unidad o repetición • Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos, 20% hasta un desembolso máximo de $375, por unidad o repetición Nota: Usted no pagará cargos de envío
No se cubren: • *Medicamentos y suplidos para propósitos cosméticos* • *Vitaminas, nutrientes y suplementos alimenticios no listados como beneficios cubiertos, aunque un médico los recete o administre.* • *Medicamentos sin receta, a menos que se indique en específicamente en otra parte o medicamentos para los que hay un equivalente sin receta disponible (Excepto: Prilosec OTC 20 mg, Nexium, Claritin y sus genéricos; y Zaditor y sus genéricos que están cubiertos con cero copagos; si los receta un médico)* • *Suplidos médicos, tales como vendajes, antisépticos, lancetas y tirillas*	*Todos los cargos*

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suplidos cubiertos (cont.)	**Opción Ampliada**
No se cubren: • *Medicamentos provistos por farmacias fuera de Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE.UU., Estados Unidos y sus territorios, excepto para emergencias* • *Medicamentos para mejorar el desempeño atlético* • *Medicamentos que son experimentales o que están bajo investigación, a menos que no hayan sido aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA)* • *Terapias hormonales para condiciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)*	*Todos los cargos*

Sección 5(g). Beneficios dentales

Factores importantes para considerar sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y se pagan solo si determinamos que son médicamente necesarios.
- Si usted está suscrito en un plan dental del Programa de Seguro de Visión y Cuidado Dental para Empleados Federales (FEDVIP), su plan FEHB será el pagador primario para cualquier beneficio y su plan FEDVIP será secundario al plan FEHB. Vea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con otras cubiertas".
- Cubrimos hospitalizaciones para procedimientos dentales solo si existe una condición física no dental que haga necesaria la hospitalización para proteger la salud del paciente. Vea la Sección 5(c) para beneficios de hospitalización. No cubrimos procedimientos dentales, excepto los descritos a continuación.
- Si utiliza los servicios de un dentista fuera del plan, deberá pagar por los servicios recibidos y el plan reembolsará 90% de la tarifa establecida, luego de descontar cualquier copago o coaseguro aplicable si los servicios se recibieron dentro del área de servicio; o las tarifas establecidas por el plan si los servicios se recibieron fuera del área de servicio, luego de descontar cualquier copago o coaseguro aplicable. Usted paga el resto de los cargos. En Islas Vírgenes de EE. UU., el dentista presentará la reclamación directamente a nosotros y le pagaremos hasta las tarifas establecidas por el plan para Islas Vírgenes de EE.UU.
- Por dentista del plan se entiende un dentista debidamente autorizado con licencia regular emitida por la entidad designada del gobierno de Puerto Rico, que sea miembro activo del Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico y haya firmado un contrato con Triple-S Salud, Inc. para prestar servicios dentales; o con licencia expedida por el Departamento de Salud de las Islas Vírgenes de EE.UU. y que ha firmado un contrato con Blue Cross Blue Shield para prestar servicios dentales. Por dentista no participante se entiende un dentista debidamente autorizado con licencia regular que no haya firmado contrato con Triple-S Salud, Inc. o Blue Cross Blue Shield de las Islas Vírgenes de EE.UU. para prestar servicios dentales.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Beneficios dentales	**Opción Ampliada**
Beneficio para lesiones accidentales Cubrimos los servicios de restauración y los suplidos necesarios para reparar (pero no reemplazar) dientes naturales sanos, dentro de un período de seis meses. La necesidad de estos servicios debe haber resultado de una lesión accidental. Una lesión causada al masticar no se considera una lesión accidental.	En la red: 25% Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
La cubierta dental está limitada a: Diagnósticos • Evaluación oral periódica (D0120) • Evaluación oral limitada (D0140) • Evaluación oral completa (D0150) • Radiografías periapicales y de mordida, limitado a seis radiografías periapicales y no más de dos radiografías de mordida por año calendario (D0220, D0230, D0270, D0272) • Limpieza dental preventiva, adultos y niños, límite de una cada seis meses (D1110, D1120)	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Beneficios dentales (cont.)	**Opción Ampliada**
• Tratamiento de flúor, uno cada seis meses para menores de 19 años de edad (D1208)	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.
No se cubren: *Otros servicios dentales no mencionados como cubiertos*.	*Todos los cargos*

Sección 5(h). Bienestar y otros beneficios especiales

Beneficio	Descripción
Opción de beneficios flexibles	Bajo la opción de beneficios flexibles, nosotros determinamos la manera más efectiva de proveer los servicios. • Nosotros podríamos identificar alternativas médicamente adecuadas como una opción menos costosa que los beneficios bajo contrato regular. Si identificamos una alternativa menos costosa, le solicitaremos que firme un acuerdo de beneficios alternativos que incluirá los siguientes términos, en adición a otras disposiciones, según sean necesarias. Los beneficios regulares del contrato continuarán hasta que usted firme y devuelva el acuerdo. • Los beneficios alternativos estarán disponibles por un período de tiempo limitado y estarán sujetos a nuestra evaluación constante. Usted debe cooperar con el proceso de evaluación. • Nuestra aprobación de un beneficio alternativo no garantiza que el mismo esté disponible para usted en el futuro. • La decisión de ofrecer un beneficio alternativo es únicamente nuestra y, salvo que se disponga expresamente en el acuerdo, podremos eliminarlo en cualquier momento y continuar con los beneficios regulares del contrato. • Si usted firma el acuerdo, proporcionaremos los beneficios alternativos acordados por el período de tiempo establecido (a menos que cambien las circunstancias). Usted puede solicitar una extensión del período de tiempo, pero los beneficios regulares continuarán de no aprobarse su solicitud. • Nuestra decisión de ofrecer o eliminar los beneficios alternativos no está sujeta a revisión por la OPM bajo el proceso reclamaciones en disputa. Sin embargo, si al tomar una decisión sobre los beneficios alternativos también decidimos que los beneficios regulares del contrato no se pagarán, usted podrá disputar nuestra decisión sobre los beneficios regulares del contrato bajo el proceso de disputa de reclamaciones de la OPM (Ver Sección 8).
Centro de llamadas disponible 24 horas al día, 7 días a la semana	**Teleconsulta** ofrece a los asegurados acceso rápido al asesoramiento de enfermeras profesionales para ayudarles a decidir si deben acudir inmediatamente a una sala de emergencias, visitar o llamar a su médico o seguir las instrucciones de cuidado propio para sentirse mejor. Las enfermeras usan algoritmos científicamente comprobados y desarrollados por médicos de todas las especialidades para formular una recomendación para el asegurado. Llámenos al 800-255-4375, libre de costo. Con gusto le ayudaremos.
Programa BlueCard®	Triple-S Salud, Inc. es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Al igual que en otros planes Blue Cross and Blue Shield, Triple-S Salud, Inc. participa en un programa llamado BlueCard Program. Este programa es de beneficio para los asegurados que reciban servicios cubiertos precertificados o de emergencia fuera del área de servicio de Triple-S Salud, Inc., a través de proveedores del plan. Cuando los servicios se reciben fuera del área y las reclamaciones para dichos servicios se procesan a través del Programa BlueCard, la cantidad (coaseguro o copago) a pagar por estos servicios se determinará con base en los acuerdos como un estimado equivalente entre los planes Blue Cross o Blue Shield del área con sus proveedores participantes. La tarifa negociada podría ser un descuento a los cargos facturados equivalente a un promedio de los ahorros que el plan Blue Cross o Blue Shield del área espera recibir de todos o de un grupo específico de sus proveedores participantes. El Programa BlueCard está disponible para todos los asegurados bajo un plan de Blue Cross and Blue Shield Association. Si usted necesita servicios médicos o de hospitalización precertificados o de emergencia en cualquier estado fuera del área de servicio, podrá recibirlos a través de los proveedores de este Programa. Llame al 800-810-2583 o al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 866-215-1999) desde Islas Vírgenes de EE.UU. para obtener más información. Recuerde que usted es responsable de pagar los copagos y coaseguros aplicables relacionados con su cuidado fuera del área de servicio, según los términos de su cubierta.

Blue Cross Blue Shield Global Core	Blue Cross Blue Shield Global Core está disponible para todos los asegurados en un plan de Blue Cross and Blue Shield Association. Si necesita servicios de emergencia médicos u hospitalarios fuera de nuestra área de servicio o de Estados Unidos, podrá recibirlos a través de los proveedores del plan local que pertenezcan a este Programa en otros países. Llame al 800-810-2583 para más información.
Centros de excelencia para trasplantes/ cirugía del corazón/etc.	Le ofrecemos el beneficio de los centros para trasplante Blue Distinction Centers for Transplants (BDCT), una colaboración entre los planes Blue Cross y/o Blue Shield, Blue Shield Association e instituciones participantes para facilitar la provisión de cuidado de calidad de manera costo-efectiva en instituciones principales para seis tipos de trasplante: corazón, pulmón sencillo o bilateral, combinación corazón-pulmón bilateral, hígado, combinación simultánea de páncreas y riñón, y médula ósea/células madre (autólogo / alogénico). Llame al 800-981-4860 o al 787-749-4949, extensiones 4361 o 4312, para obtener más información.
Telexpreso	Sistema automático de respuesta de voz interactiva que permite a los asegurados acceder información y hacer transacciones sin la intervención directa de un Representante de Servicio al Cliente. En este sistema, el asegurado puede verificar sus beneficios, solicitar duplicados de tarjetas y verificar el estatus de una reclamación, entre otros servicios. Llámenos al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o 888-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU..
Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP, por sus siglas en inglés)	Ofrecemos un programa de manejo de terapia de medicamentos sin costo alguno a los asegurados que tengan varias condiciones médicas, que estén tomando muchos medicamentos y que tengan gastos de farmacia elevados. Un equipo de médicos y farmacéuticos diseñó este programa para nosotros. Nosotros utilizamos este programa de manejo de terapia de medicamentos como ayuda para proveer una mejor cubierta para nuestros asegurados. Por ejemplo, este programa nos ayuda a garantizar que nuestros asegurados estén usando los medicamentos apropiados para tratar sus condiciones médicas y a identificar posibles errores en los medicamentos. Podremos contactar a los asegurados que cualifiquen para este programa. Si le contactamos, esperamos que se una para poder ayudarle a manejar sus medicamentos. Recuerde, no necesita pagar nada adicional para participar. Si le seleccionamos para que participe en el programa de manejo de terapia de medicamentos, le enviaremos información sobre el programa e instrucciones para accederlo.
Herramienta para la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés)	Hemos desarrollado una herramienta para evaluar riesgos a la salud (HRA, por sus siglas en inglés) que analiza sus estilos de vida, factores de riesgo y condiciones existentes, entre otras. Esta herramienta nos ayudará a tener un perfil detallado de nuestra población asegurada y determinar a dónde dirigir nuestros esfuerzos de educación de salud y prevención. La HRA también ayudará a los asegurados a hacer su propia evaluación de salud para saber su estatus en términos de su cumplimiento con los exámenes preventivos y los cambios que deben hacer, y a ganar mayor conciencia para evitar problemas de salud en el futuro. Luego de completar su evaluación HRA, recibirá un kit de ejercicios que incluye una mochila con una botella de agua, un podómetro, muñequera y una cuica. **Regístrese hoy** en nuestra página web www.ssspr.com. **¡Manténgase activo, manténgase saludable!**

Beneficio	Descripción
Centros de cuidado preventivo	Hágase todos sus exámenes médicos en una sola visita. Usted tiene cada vez más obligaciones y menos tiempo para cumplir con ellas, y el cuidado de su salud no es una excepción. El tiempo que le toma ir a una cita médica, hacerse sus chequeos rutinarios y manejar sus condiciones existentes, en adición a los gastos incurridos en copagos, son obstáculos en el camino a una mejor salud. Triple-S Salud, Inc. le trae el Programa de Cuidado Preventivo. Los asegurados mayores de 21 años de edad ahora pueden recibir todos sus servicios preventivos en un solo lugar. Contamos con ocho Centros de Cuidado Preventivo por toda la isla, ubicados en: Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Guaynabo, Mayagüez, Ponce y San Sebastián. En estos centros, podrá recibir sus servicios preventivos, incluso evaluaciones, tales como antecedentes médicos, examen físico, evaluación de depresión, comportamientos de alto riesgo y educación de salud; pruebas como: CBC, colesterol, Pap (cáncer cervical), clamidia, gonorrea, sífilis, VIH, hemoglobina glicosilada, visión; referidos médicos como: Mamografías, vacunas, densitometría ósea, colonoscopia, sigmoidoscopia y mucho más. Las recomendaciones de pruebas y órdenes médicas están basadas en directrices clínicas o criterios médicos
Oncology Analytics	Oncology Analytics es un programa integral de administración de beneficios oncológicos que proporciona apoyo en la toma de decisiones clínicas sobre medicamentos oncológicos, radioterapia y pruebas moleculares y genéticas. La alianza con Oncology Analytics permite que Triple-S le provea una mejor calidad de servicio, puesto que las decisiones clínicas cuentan con el aval de hematólogos, oncólogos médicos y de radiación, protocolos recomendados en temas de eficiencia, toxicidad y asequibilidad, y una aplicación web sencilla que utiliza las directrices nacionales más recientes. Los proveedores reciben el asesoramiento clínico necesario para tomar decisiones de tratamiento óptimas para la atención más efectiva, asequible y menos tóxica disponible. Esto optimiza los resultados y el costo del cuidado. Tener acceso a directrices basadas en evidencia, junto con la profundidad y el alcance clínico de un equipo profesional garantiza que usted reciba las decisiones de tratamiento con el mejor valor y la más alta calidad. Oncology Analytics aplica este enfoque basado en evidencia a la preautorización de medicamentos de quimioterapia, radioterapia, pruebas genéticas y PET CT, para reducir el tratamiento insuficiente, excesivo o inadecuado en los pacientes de cáncer.
Triple S En Casa	Una aplicación móvil que le dará acceso para enviar recetas de forma electrónica, comprar medicamentos a través de la aplicación y recibir el pedido en su casa o lugar de preferencia Para obtener información adicional, descargue la aplicación en su dispositivo móvil o contáctenos al 888-525-4842.
Triple S Contigo Consejería Profesional	Como parte del enfoque de continuar tratando las condiciones de salud mental, el programa proveerá ayuda a los asegurados, incluyendo: • Centro de llamadas 24 horas atendido por profesionales de la salud mental • Acceso inmediato a servicios clínicos directos presenciales o virtuales • Visitas a profesionales de PAE, diez (10) visitas por situación, por año • FHC Emotional Connect-Telehealth: forma confidencial de acceso a los servicios de un especialista en salud mental para recibir consejería a través de video conferencia • Programa de Rehabilitación • Intervención de Crisis

Sección 5(i). Beneficios de Punto de Servicio (POS)

Datos sobre los beneficios de punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés) ofrecidos por este plan

Usted puede obtener su cuidado con cualquier proveedor médico (M.D.) no participante del plan sin necesidad de un referido. Los proveedores no participantes del plan no están obligados a aceptar las tarifas establecidas por Triple-S Salud, Inc. como pago total por sus servicios. Si usted utiliza los servicios de un proveedor no participante del plan, deberá pagar la diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que nosotros le pagamos a usted.

Usted también puede obtener servicios en hospitales no participantes del plan. Un hospital no participante es una institución licenciada que se dedica principalmente a proveer servicios de diagnóstico y tratamiento bajo supervisión médica y con servicios de enfermería graduada las 24 horas del día para pacientes hospitalizados. Los hospitales no participantes del plan no están obligados a aceptar las tarifas establecidas por Triple-S Salud, Inc. como pago total por sus servicios. Usted deberá pagar cualquier diferencia entre los cargos del hospital no participante del plan y la cantidad que nosotros le paguemos a usted. Nosotros le reembolsamos según nuestra tarifa establecida para admisiones a hospitales fuera del plan en nuestra área de servicio, o para servicios fuera del área de servicio que no sean de emergencia ni precertificados. Vea la Sección 1 ("Cómo funciona este plan") para más información sobre los beneficios de los puntos de servicio.

Qué está cubierto

Los beneficios de punto de servicio están descritos en la Sección 5 de este folleto.

Precertificación

Vea la Sección 3, "Servicios que requieren nuestra preautorización".

Qué no está cubierto

- Medicamentos recetados
- Trasplantes de órganos y tejidos
- Todas las exclusiones que aparecen en las Secciones 5 y 6

Beneficios fuera del FEHB disponibles para los asegurados

Los beneficios en esta página no son parte del contrato o prima FEHB, usted no puede presentar una reclamación a la FEHB por ellos y no están disponibles para los residentes de Islas Vírgenes de EE. UU. Las tarifas que usted paga por estos servicios no cuentan hacia los deducibles de FEHB o el límite de gastos de su bolsillo de su cubierta catastrófica. Estos programas y materiales son responsabilidad del plan y toda apelación debe seguir sus directrices. Para más información, comuníquese con el plan al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) o visite la página web www.ssspr.com.

Planes Medicare Advantage de Triple-S Salud: Los planes Medicare Advantage de Triple-S se enfocan en la salud y el bienestar de los beneficiarios de Medicare, lo cual incluye personas mayores de 65 años y personas con impedimentos mayores de 21 años de edad. Usted puede escoger de entre varias opciones. Estos planes cubren todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare y ofrecen otros servicios no cubiertos por el plan Medicare tradicional.

Los planes Triple-S Medicare Advantage le ofrecen varias opciones, que incluyen planes con cero prima o primas económicas, copagos bajos para la mayoría de los servicios recibidos dentro de la red del plan y planes con cubierta de farmacia extendida Parte D.

Cualquiera de nuestros productos le permitirá disfrutar de:

- Copagos y coaseguros económicos y/o de $0 al recibir la mayoría de los servicios a través de nuestros proveedores del plan.
- Usted escoge sus médicos y proveedores. Con varios de nuestros planes, no necesitará referidos para visitar médicos o recibir cualquiera de los servicios cubiertos.
- Teleconsulta, nuestra línea de orientación de salud, disponible 24 horas, 7 días a la semana
- Nuestro Programa de Bienestar Total para asegurados con diabetes, hipertensión, asma y fallo cardiaco crónico
- Cubierta de medicina alternativa
- Planes Medicare para medicamentos recetados (Parte D) sin deducible anual inicial. Los servicios se pueden obtener en más de 1,000 farmacias en Puerto Rico y 55,000 en Estados Unidos.

Si usted tiene las partes A y B de Medicare, tiene residencia permanente en Puerto Rico y no padece de enfermedad renal terminal, ¡usted es elegible! Triple-S Salud, Inc. brinda paz mental a los beneficiarios de Medicare que viven en Puerto Rico al ofrecer más servicios que Medicare tradicional por un pequeño cargo adicional o sin costo alguno. Para más información, visite cualquiera de nuestros Centros de Servicio, disponibles por toda la isla, o visite nuestra página web, www.ssspr.com. Asegurados prospectivos pueden llamar libre de cargos al 877-207-8777; TTY/TDD deben llamar al 800-383-4457, de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Sección 6. Exclusiones generales – Servicios, medicamentos y suplidos que no cubrimos

Las exclusiones que aparecen en esta sección aplican a todos los beneficios. Hay otras exclusiones y limitaciones incluidas en la Sección 5 de este folleto. Aunque podríamos incluir un servicio particular como un beneficio, no lo cubriremos a menos que determinemos que sea médicamente necesario para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, lesión o condición. Para más información sobre cómo obtener una preautorización del plan para servicios específicos, como trasplantes, vea la Sección 3, "Servicios que requieren nuestra preautorización".

Nosotros no cubrimos lo siguiente:

- Servicios o suministros por los que no se cobraría nada si la persona cubierta no tuviera cobertura de seguro médico.
- Servicios o suministros proporcionados por usted mismo, familiares directos o miembros del hogar, como cónyuge, padres, hijos, hermanos o hermanas por consanguinidad, matrimonio o adopción.
- Servicios o suministros proporcionados o facturados por un centro no cubierto, excepto los medicamentos recetados médicamente necesarios y la fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional prestadas por un terapeuta profesional cualificado de forma ambulatoria, que están cubiertos con sujeción a los límites del plan.
- Los cargos que el afiliado o el Plan no tienen la obligación legal de pagar, como los cargos excesivos para un pensionado de 65 años o más que no esté cubierto por las Partes A y/o B de Medicare (véase la Sección 9) o los cargos médicos que excedan la cantidad especificada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando las prestaciones son pagaderas por Medicare (límite de cargos, véase la Sección 9;
- Servicios, medicamentos o suplidos que reciba mientras no está suscrito en este plan;
- Servicios, medicamentos o suplidos que no son médicamente necesarios;
- Servicios, medicamentos o suplidos no necesarios de acuerdo con los estándares aceptados de práctica médica, dental o psiquiátrica;
- Procedimientos, tratamientos, medicamentos y/o dispositivos experimentales o investigativos (ver los detalles sobre trasplantes);
- Modificación química o quirúrgica de los rasgos sexuales de una persona mediante intervenciones médicas (incluidos los servicios de «transición de género»), salvo excepciones durante el tratamiento; consulte la sección 3, «Cómo obtener atención médica»;
- Costos por cuidados adicionales o de investigación en estudios clínicos;
- Servicios, medicamentos o suplidos relacionados con abortos, salvo cuando la vida de la madre está en peligro si lleva el feto a término o si el embarazo es resultado de una violación o incesto;
- Servicios, medicamentos o suplidos que reciba de un proveedor o instalación excluido del programa FEHB;
- Exámenes físicos requeridos para obtener o mantener un trabajo o seguro, asistir a la escuela o campamento, o viajar;
- Pruebas de detección de drogas para fines de empleo;
- Servicios, medicamentos o suplidos que usted reciba gratis mientras está en servicio militar activo;
- Servicios o suplidos que tenemos prohibido cubrir bajo la Ley Federal;
- Todo servicio relacionado con terapia antienvejecimiento o estética.; y
- Cualquier beneficio o servicio requerido exclusivamente para su empleo no está cubierto por este Plan.

Sección 7. Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos

Esta sección se enfoca primordialmente en las reclamaciones post-servicio (reclamaciones por servicios, medicamentos o suplidos que ya recibió). Vea la Sección 3 para información sobre los procesos para reclamaciones pre-servicio (servicios, medicamentos o suplidos que requieren preautorización del plan), incluso reclamaciones por procedimientos de cuidado urgente. Si visita médicos participantes del plan, recibe servicios en hospitales o instalaciones participantes del plan u obtiene un medicamento recetado de una farmacia del plan, no tendrá que presentar reclamación. Solo presente su tarjeta de identificación y pague su copago o coaseguro.

Solo tendrá que enviar una reclamación si recibe servicios de un proveedor no participante del plan. En ocasiones, estos proveedores nos facturan directamente. Corrobore con su proveedor. Si usted tiene que presentar la reclamación, este es el proceso a seguir:

Beneficios médicos, hospitalarios y de medicamentos

En la mayoría de los casos, los proveedores y las instalaciones envían las reclamaciones electrónicas que cumplen con HIPAA por usted. En los casos en que sea necesario utilizar una reclamación en papel, el proveedor debe usar el formulario CMS 1500 - Health Insurance Claim Form (formulario de reclamación al seguro de salud). Las instalaciones deberán utilizar el formulario UB-04. Para preguntas o ayuda con una reclamación, llámenos al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 866-215-1999) si llama desde Islas Vírgenes de EE.UU., o visite nuestra página web, www.ssspr.com.
Si debe presentar una reclamación (por ejemplo, al recibir servicios fuera del área de servicio), envíela en el formulario CMS 1500 o un formulario de reclamación que contenga la siguiente información. Se deben detallar todos los recibos y facturas con la siguiente información:

- El nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de identificación del asegurado cubierto;
- Nombre y dirección del médico o la facilidad que prestó el servicio o los suplidos;
- Fechas en que recibió los servicios o suplidos;
- Diagnóstico
- Tipo de cada servicio o suplido;
- El cargo por cada servicio o suplido;
- Copia de la explicación de beneficios, pagos, o denegación de cualquier pagador primario –tal como el Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés)
- Recibos, si ya pagó por sus servicios
- Para medicamentos recetados, también incluya:
  - Nombre del medicamento recetado;
  - Dosis diaria;
  - Número de receta;
  - Abastecimiento despachado; y
  - Código Nacional de Medicamento (NDC, por sus siglas en inglés)

Nota: Cheques cancelados, recibos de caja registradora o estados de cuenta de balances adeudados no son aceptables como substituto para las facturas detalladas.

Envíe sus reclamaciones a:

Triple-S Salud, Inc.
PO Box 363628
San Juan, PR 00936-3628

Fecha límite para enviar su reclamación

Envíenos todos los documentos para su reclamación lo antes posible. Debe enviar una reclamación antes del 31 de diciembre del año siguiente al año en que recibió el servicio. Si no pudo presentar la reclamación a tiempo debido a operaciones administrativas del Gobierno o incapacidad legal, debe enviarla tan pronto como sea razonablemente posible. Una vez que pagamos los beneficios, existe un límite del año 2027 para la reemisión de cheques no cobrados.

Procedimientos para reclamaciones post-servicio

Le notificaremos nuestra decisión dentro de 30 días luego de recibir su reclamación post-servicio. Si se requiere una extensión de tiempo debido a circunstancias fuera de nuestro control, podremos tomar hasta 15 días adicionales para la evaluación y le notificaremos antes de la expiración del periodo original de 30 días. Nuestra notificación indicará las circunstancias que motivan la solicitud de extensión y la fecha en la cual se espera una determinación.

Si necesitamos una extensión porque usted no ha enviado la información requerida, nuestra notificación describirá la información específica requerida y le permitiremos hasta 60 días desde la fecha de recibo de la notificación para que provea la información.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión inicial, nos puede solicitar una revisión siguiendo el proceso de reclamaciones descrito en la Sección 8 de este folleto.

Representante autorizado

Usted puede designar un representante autorizado para actuar en representación suya para enviar una reclamación o apelar determinaciones de reclamaciones con nosotros. Para reclamaciones de cuidado urgente, se permitirá que un profesional de la salud que conozca su condición médica actúe como su representante autorizado sin su consentimiento expreso. Para propósitos de esta sección, también nos estamos refiriendo a su representante autorizado al referirnos a usted.

Registros

Mantenga un registro separado de los gastos médicos de cada miembro de la familia cubierto y las asignaciones máximas se aplican por separado a cada persona. Guarde copias de todas las facturas médicas. En la mayoría de los casos, servirán como prueba de su reclamación. No proporcionaremos duplicados ni extractos de fin de año.

Cuando necesitamos más información

Responda rápidamente cuando le solicitemos información adicional. Si no responde, es posible que demoremos el procesamiento o deneguemos los beneficios de su reclamación. Nuestro plazo para responder a su reclamación se suspende mientras esperamos toda la información adicional necesaria para procesarla.

Requisitos de notificación

Si usted reside en un país donde por lo menos 10% de la población solo sabe leer en un idioma distinto al inglés (según determinado por el Secretario de Salud y Servicios Humanos), le proveeremos servicios de asistencia en ese idioma. Usted puede solicitar una copia de su Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) y correspondencia relacionada, servicios de lenguaje oral (como asistencia al cliente por teléfono) y ayuda para enviar reclamaciones y apelaciones (incluso revisiones externas) en el idioma aplicable distinto del inglés. Las versiones en inglés de sus EOB y correspondencia relacionada incluirán información en el idioma aplicable sobre cómo acceder los servicios en dicho idioma.

Cualquier notificación o correspondencia de parte nuestra sobre una determinación de beneficios adversa incluirá suficiente información para identificar la reclamación involucrada (inclusive la fecha de servicio, el proveedor de salud y la cantidad de la reclamación, si aplica) y una declaración que describa la disponibilidad, según se solicite,
de los códigos de diagnóstico y procedimiento.

Sección 8. Proceso de apelación sobre reclamaciones

Usted puede apelar directamente con la Oficina de Administración de Personal (OPM) si no seguimos los procesos de reclamación requeridos. Para más información sobre los casos en los que tiene derecho de apelar inmediatamente a la OPM, e incluso requisitos adicionales que no se listan en las Secciones 3, 7 y 8 de este folleto, por favor llame al representante de servicio al cliente de su plan al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de suscripción o en el folleto o la página web de su plan.

Por favor siga este proceso de disputa de reclamaciones para el Programa de Beneficios de salud para empleados federales si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamación post-servicio (reclamación donde los servicios, medicamentos y suplidos ya se facilitaron). En la Sección 3. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre una reclamación pre-servicio, hemos descrito el proceso que debe seguir si tiene una reclamación por servicios, referidos, medicamentos o suplidos que deben estar preautorizados por el plan, tales como admisiones hospitalarias.

Para ayudarle a preparar su apelación, puede coordinar con nosotros para revisar y copiar, sin costo alguno, todo el material y los documentos del plan relevantes que tengamos en nuestro haber y que guarden relación con su reclamación, incluso aquellos que involucren revisión pericial de su reclamación. Para realizar su petición, escriba a nuestro departamento de Servicio al Cliente a Triple-S Salud, Inc., 1441 Avenida Roosevelt San Juan, Puerto Rico 00920, o llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

Nuestra reconsideración tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y demás información que usted presente relacionada con la reclamación, independientemente de si la información fue presentada o considerada en la determinación de beneficio inicial.

Si nuestra decisión inicial se basa (completamente o en parte) en criterios médicos (p. ej. necesidad médica, experimental / investigativo), consultaremos con un profesional de la salud que posea el adiestramiento y la experiencia adecuados en el campo de la medicina asociada con dichos criterios, y que no haya estado involucrado en la decisión inicial.

Nuestra reconsideración no tomará en cuenta la decisión inicial. La revisión no la realizará la misma persona que tomó la decisión inicial, ni su subordinado.

No tomaremos decisiones de contratación, compensación, terminación, promoción u otros temas similares con respecto a cualquier individuo (como un ajustador de reclamaciones o experto médico) fundamentados en la posibilidad de que el individuo apoye la denegación de beneficios.

Paso	Descripción
1	Solicite por escrito que reconsideremos la decisión inicial. Usted debe: a) Escribirnos dentro de 6 meses a partir de la fecha de nuestra decisión; y b) Enviarnos su solicitud a: Triple-S Salud, Inc., Departamento de Querellas y Apelaciones, PO Box 363628, San Juan, Puerto Rico 00936-3628; e c) Incluir una explicación de por qué entiende que la decisión inicial fue incorrecta, con base en disposiciones específicas de este folleto; e d) Incluir copias de los documentos que apoyen su reclamación, tales como cartas de sus médicos, informes de operaciones, facturas, expedientes médicos y explicaciones de beneficios (EOB). e) Incluya su dirección de correo electrónico (opcional) si desea recibir nuestra contestación por correo electrónico. Tenga en cuenta que, si nos proporciona su correo electrónico, podríamos enviarle nuestra decisión más rápido. Le facilitaremos, libre de cargo y dentro de un tiempo razonable, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, utilizada o generada por nosotros o por dirección nuestra en conexión con su reclamación y cualquier justificación nueva para nuestra decisión sobre la reclamación. Le proveeremos esta información con suficiente antelación a la fecha en que se nos requiere que le proveamos nuestra decisión de reconsideración, para permitirle suficiente tiempo para respondernos antes de esa fecha. Sin embargo, si no le facilitamos la nueva evidencia o justificación con suficiente tiempo para que usted responda a tiempo, esto no invalidará nuestra decisión de reconsideración. Usted podrá responder a esa nueva evidencia o justificación en la etapa de evaluación de la OPM que se describe en el paso4.

2	En el caso de reclamaciones post-servicio, tenemos hasta 30 días desde la fecha en que recibimos su solicitud para: a) Pagar la reclamación o b) Escribirle para confirmar nuestra denegación o c) Solicitar más información de usted o su proveedor Usted o su proveedor debe enviar la información para que la recibamos dentro de 60 días a partir de nuestra

	solicitud. Entonces, tomaremos una decisión dentro de 30 días más. Si no recibimos la información dentro de 60 días, tomaremos nuestra decisión dentro de 30 días a partir de la fecha límite para la entrega de información. Nuestra decisión se basará en la información que ya tenemos. Nosotros le enviaremos nuestra decisión por escrito.
3	Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar que la OPM la revise. Debe escribirle a la OPM, en inglés, dentro de: • 90 días a partir de la fecha de nuestra carta confirmando nuestra decisión inicial; o • 120 días luego de su primera carta a nosotros, si no le contestamos de manera alguna al cabo de 30 días; o • 120 días después de solicitarle información adicional. Escríbale a la OPM a: United States Office of Personnel Management, Healthcare and Insurance, Federal Employee Insurance Operations, FEHB 2, 1900 E Street, NW, Washington, DC 20415-3620. Envíe la siguiente información en inglés a la OPM: • Una explicación de por qué entiende que nuestra decisión fue incorrecta, con base en disposiciones específicas de este folleto; • Copias de los documentos que apoyen su reclamación, tales como cartas de sus médicos, informes de operaciones, facturas, expedientes médicos y explicaciones de beneficios (EOB). • Copias de todas las cartas que nos envió sobre la reclamación; • Copias de todas las cartas que nosotros le enviamos sobre la reclamación; y • Su número de teléfono diurno y la mejor hora para llamarle. • Su dirección de correo electrónico, si desea recibir la decisión de la OPM por correo electrónico. Tenga en cuenta que al proveer su correo electrónico, podría recibir la decisión de la OPM más rápido. Nota: Si desea que la OPM revise más de una reclamación, debe identificar claramente cuáles documentos aplican a cada reclamación. Nota: Usted es la única persona que tiene derecho de presentar una reclamación ante la OPM. Las partes que actúen como su represente, tal como los proveedores de salud, deben incluir copia de su autorización explícita por escrito con la solicitud de revisión. Sin embargo, para reclamaciones de cuidado urgente, un profesional de la salud que conozca su condición médica podrá actuar como su representante autorizado sin su consentimiento expreso. Nota: Las fechas límites arriba indicadas pueden extenderse si usted no pudo cumplir con la fecha límite por razones fuera de su control.
4	OPM revisará la reclamación disputada y utilizará la información que obtenga de usted y de nosotros para decidir si nuestra decisión es correcta. La OPM le enviará la decisión final o notificarle del estado dentro de 60 días. No existen otros remedios administrativos de apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de la OPM, su único recurso es presentar una demanda en corte. Si decide demandar, debe presentar la demanda contra la OPM en la corte federal no más tarde del 31 de diciembre del tercer año después del año en que recibió los servicios, medicamentos o suplidos en disputa, o del año en que se le denegó una precertificación o preautorización. Esta es la única fecha límite que no se puede extender. OPM podrá divulgar la información obtenida durante el proceso de revisión para justificar su decisión sobre la reclamación. Esta información se convertirá en parte del expediente en corte. Usted no podrá demandar hasta que se complete el proceso de disputa de reclamaciones. Además, las leyes federales rigen su caso, sus beneficios y los pagos de estos. La corte federal basará su revisión en el expediente utilizado por la OPM cuando esta decidió mantener o revocar nuestra decisión. Lo único que puede recobrar es la cantidad de los beneficios en disputa.

NOTA: **Si usted tiene una condición grave o potencialmente mortal** (que pueda causar la pérdida permanente de alguna función corporal o la muerte si no se trata lo antes posible), y usted no indicó que su reclamación era para cuidado urgente, llámenos al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. Haremos una revisión expedita (si aún no hemos respondido a su reclamación); o informaremos a la OPM para que ellos hagan una revisión acelerada de su apelación de reclamación. Puede llamar a FEHB 2 de la OPM al 202-606-3818, de 8 a.m. a 5 p.m. horario del este.

Por favor, recuerde que nosotros no tomamos decisiones sobre asuntos de elegibilidad al plan. Por ejemplo, nosotros no determinamos si usted o sus dependientes están cubiertos bajo este plan. Debe referir todo asunto de elegibilidad a la oficina de personal / nómina en su Agencia, si es empleado; a su sistema de retiro, si es pensionado; o a la oficina de programas de compensación laboral si está recibiendo dichos beneficios.

Sección 9. Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas

Cuando tiene otra cubierta de salud

Debe informarnos si usted o un familiar asegurado tiene cubierta con cualquier otro seguro de salud o tiene seguro automovilístico que cubre los gastos por atención médica sin consideración de culpabilidad. Esto se llama "cubierta doble".

Al tener cubierta doble, por lo general un plan paga sus beneficios en su totalidad como pagador primario y el otro plan paga un beneficio reducido como pagador secundario. Nosotros, al igual que otras aseguradoras, determinamos cuál cubierta es la primaria según las directrices de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés). Para más información sobre las reglas de NAIC en cuanto a la coordinación de beneficios, visite nuestra página web, www.ssspr.com.

Si somos el pagador primario, pagaremos los beneficios descritos en este folleto.

Si somos el pagador secundario, nosotros determinaremos nuestra aportación. Luego de que el pagador primario pague, nosotros pagaremos nuestra aportación restante, hasta la cantidad que pagamos regularmente por el beneficio. No pagaremos más de nuestra aportación.

TRICARE y CHAMPVA

TRICARE es el seguro de salud para dependientes elegibles de militares y personas retiradas del servicio militar. TRICARE incluye el programa CHAMPUS. CHAMPVA provee cubierta de salud a veteranos incapacitados y a sus dependientes elegibles. Si usted tiene cubierta con este plan y con TRICARE o CHAMPVA, nosotros pagamos primero. Consulte a su asesor de beneficios de salud TRICARE o CHAMPVA si tiene preguntas sobre estos programas.

Suspensión de cubierta FEHB para suscribirse en TRICARE o CHAMPVA: Si usted es un pensionado o excónyuge, puede suspender su cubierta FEHB para suscribirse a uno de estos programas, así eliminando su prima de FEHB. (La OPM no contribuye a la prima de estos planes). Para información sobre cómo suspender su suscripción a FEHB, comuníquese con su oficina de retiro. Si luego desea volver a suscribirse al programa FEHB, por lo general solo lo podrá hacer durante el próximo período de suscripción, a menos que pierda involuntariamente la cubierta bajo TRICARE o CHAMPVA.

Compensación laboral

Toda lesión o enfermedad relacionada con el trabajo debe ser reportada lo antes posible a su supervisor. Por lesión se entiende también cualquier enfermedad o dolencia causada o agravada por el empleo, así como los daños sufridos por aparatos ortopédicos, prótesis y otros dispositivos protésicos. Si usted es empleado federal o postal, pida a su supervisor que autorice el tratamiento médico mediante el formulario CA-16 antes de recibirlo. Si su tratamiento médico es aceptado por la Oficina de Compensación Laboral (OWCP) del Departamento de Trabajo, el proveedor será compensado por la OWCP. Si se determina que su tratamiento no está relacionado con el trabajo, procesaremos su beneficio de acuerdo con los términos de este plan, incluido el uso de proveedores dentro de la red. Lleve el formulario CA-16 y el formulario OWCP-1500/HCFA-1500 a su proveedor, o envíelos a su proveedor lo antes posible después del tratamiento, para evitar complicaciones sobre si su tratamiento está cubierto por este plan o por la OWCP.

Nosotros no cubrimos servicios que:

- usted (o un familiar asegurado) necesite debido a una enfermedad o lesión relacionada con su empleo, y que la Oficina de Programas de Compensación a Trabajadores (OWCP, por sus siglas en inglés) u otra agencia federal o estatal comparable, determine que ellos deben proveerlos; o
- Si la OWCP u otra agencia comparable paga por los servicios como resultado de un acuerdo de indemnización por daños a terceros u otro procedimiento similar debido a una reclamación que presentada por usted bajo OWCP o leyes similares.

Medicaid

Si usted tiene este plan y Medicaid, nosotros pagamos primero.

Suspensión de cubierta FEHB para suscribirse a Medicaid u otro programa estatal de asistencia médica comparable: Si usted es un pensionado o excónyuge, puede suspender su cubierta de FEHB para suscribirse en uno de estos programas estatales, eliminando así su prima de FEHB. Para información sobre cómo suspender su suscripción a FEHB, comuníquese con su oficina de retiro. Si luego desea volver a suscribirse al programa FEHB, por lo general solo lo podrá hacer durante el próximo período de suscripción, a menos que pierda involuntariamente la cubierta bajo el programa estatal.

Cuando otras agencias gubernamentales son responsables de su cuidado

Nosotros no cubrimos servicios y suplidos si una agencia gubernamental, ya sea local, estatal o federal, paga por ellos directa o indirectamente.

Cuando otros son responsables de las lesiones

Nuestro derecho a reclamar y recibir compensaciones por subrogación y reembolso es una condición y una limitación de la naturaleza de los beneficios o pagos de beneficios y de la provisión de beneficios bajo nuestra cubierta.

Si ha recibido beneficios o pagos de beneficios como resultado de una lesión o enfermedad y usted o sus representantes, herederos, administradores, sucesores o asignados reciben pago de cualquier parte que pueda ser responsable, póliza de seguro de terceros, su propia póliza de seguro, o un programa o póliza de compensación laboral, debe reembolsarnos el pago. Nuestro derecho de reembolso se extiende a cualquier pago recibido por acuerdo, sentencia o algún otro modo. Tenemos derecho al reembolso en la medida de los beneficios que hayamos pagado o proporcionado en relación con su enfermedad o condición. Sin embargo, cubriremos el costo del tratamiento que exceda el monto del pago que recibió.

El reembolso a nosotros, fuera del pago, tendrá máxima prioridad (antes de que se honren los derechos de las otras partes) y no se verá afectado por la forma en que se caracteriza, designa o distribuye la sentencia, el acuerdo u otra recuperación. Nuestro derecho de reembolso no está sujeto a reducción basada en honorarios de abogados o costos bajo la doctrina de "fondo común" y es totalmente exigible, independientemente de si usted fue resarcido o completamente compensado por el monto total de los daños reclamados.

Podemos, a nuestra opción, optar por ejercer nuestro derecho de subrogación y buscar una recuperación de cualquier parte responsable como sucesora de sus derechos.

Si continúa con un reclamo o caso relacionado con su condición o enfermedad, debe notificarnos de inmediato y cooperar con nuestros esfuerzos de reembolso o subrogación.

Cuando usted tiene cubierta del Plan Dental y de la Vista para Empleados Federales (FEDVIP, por sus siglas en inglés)

Algunos planes FEHB ya cubren ciertos servicios de visión y cuidado dental. Si está cubierto por más de un plan de visión/cuidado dental, la cubierta provista por su plan FEHB continuará siendo su cubierta primaria. La cubierta FEDVIP paga como proveedor secundario a esa cubierta. Si se inscribe en un plan de visión y/o cuidado dental en el sitio web BENEFEDS.com o por teléfono llamando al 877-888-3337, (los usuarios de TTY deben llamar al 877-889-5680), se le solicitará información sobre su plan FEHB para que los planes puedan coordinar los beneficios. Proveer su información FEHB podría reducir los costos que paga de su bolsillo.

Estudios de investigación clínica

Una investigación clínica aprobada incluye una investigación de fase I, fase II, fase III o fase IV que se realiza en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición que puede ser un riesgo para la vida, y que está financiada por el gobierno federal; realizada como parte de una petición de investigación para un nuevo medicamento evaluado por la Administración de Alimentos y Medicamentos; o es un ensayo farmacológico exento del requisito de la petición de investigación para nuevos medicamentos.

Si usted participa en un estudio de investigación clínica, este plan de salud le proveerá los siguientes servicios de cuidado, si no son provistos por el estudio:

- Gastos por cuidado rutinario: gastos de servicios rutinarios, como consultas a médicos, pruebas de laboratorio, rayos X, tomografías y hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la condición del paciente, ya sea si el paciente

participa en un estudio de investigación clínica cubierto o recibe terapia estándar. Esos gastos están cubiertos por este plan.
- Gastos por cuidados adicionales: gastos relacionados con su participación en un estudio de investigación clínica, tales como pruebas adicionales que el paciente necesite como parte del estudio, pero no como parte de su cuidado rutinario. Este plan no cubre esos gastos.
- Gastos de investigación: gastos relacionados con la realización del estudio de investigación clínica, como el tiempo dedicado de médicos y enfermeros, análisis de resultados y pruebas clínicas realizadas solo para propósitos de investigación. Por lo general, esos gastos están cubiertos por los estudios de investigación clínica. Este plan no cubre esos gastos.

Cuando usted tiene Medicare

Para información detallada de "¿Que es Medicare?" y "¿Si debo registrarme en Medicare?" contacte Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227), (TTY 877-486-2048) o visite el enlace www.medicare.gov.

- **El plan original de Medicare (Parte A o Parte B)**

El plan Medicare original (Medicare Original) está disponible en cualquier lugar de Estados Unidos. Esta era la forma en que todos obtenían los beneficios de Medicare y la manera en que la mayoría obtiene ahora sus beneficios de las partes A y B de Medicare. Usted puede ir a cualquier doctor, especialista u hospital que acepte Medicare. El plan Medicare original paga su parte y usted paga la suya.

Todos los médicos y demás proveedores están obligados por ley a presentar las reclamaciones directamente a Medicare para los miembros con la parte B de Medicare, si Medicare es el primario. Esto aplica incluso aunque no acepten Medicare.

Si está suscrito al plan Medicare original a la misma vez que en este plan, aún debe seguir las reglas en este folleto para nosotros cubrir su cuidado.

Proceso de reclamaciones cuando usted tiene el plan Medicare original - Es probable que no tenga que presentar reclamaciones si tiene tanto nuestro plan como el Medicare original.

Cuando nosotros somos el pagador primario, procesamos la reclamación primero.

Si Medicare original es el pagador primario, Medicare procesa su reclamación primero. En la mayoría de los casos, sus reclamaciones se coordinarán automáticamente y nosotros proporcionaremos beneficios secundarios para los gastos cubiertos. Para saber si debe hacer algo para presentar su reclamación, llame al 787-774- 6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 866- 215-1999) si llama desde Islas Vírgenes de EE.UU., o visite nuestra página web, www.ssspr.com.

Si el plan Medicare original es su pagador primario, eximiremos algunos de los costos – Eximiremos algunos de los costos que usted paga de su bolsillo, como se indica a continuación:

- Servicios y suplidos médicos provistos por médicos y otros profesionales de la salud.

Una vez que el afiliado alcance el límite máximo de los costos de su bolsillo de su cobertura (6.600 dólares para la modalidad «Solo el afiliado», 13.200 dólares para «El afiliado más una persona» o «El afiliado y su familia»), Medicare seguirá siendo el pagador principal y nosotros nos haremos cargo de la totalidad del deducible o coaseguro restante de Medicare.

Por favor revise la siguiente información que muestra su parte del costo si está inscrito en la Parte B de Medicare. Si usted adquiere la Parte B de Medicare y su proveedor forma parte de nuestra red y participa en Medicare, eximiremos algunos de los cargos ya que Medicare será el pagador primario.

Descripción del Beneficio: Deducible
Costo para asegurados sin Medicare: $0
Costo para asegurados con parte B de Medicare: $0

Descripción del Beneficio: Desembolso Máximo
Costo para asegurados sin Medicare: $6,600 Individual solamente $13,200 Pareja y Familia
Costo para asegurados con parte B de Medicare: $6,600 Individual solamente $13,200 Pareja y Familia

Descripción del Beneficio: Médico de cabecera
Costo para asegurados sin Medicare: $7.50
Costo para asegurados con parte B de Medicare: $0

Descripción del Beneficio: Especialista
Costo para asegurados sin Medicare: $7.50
Costo para asegurados con parte B de Medicare: $0

Descripción del Beneficio: Hospitalizaciones
Costo para asegurados sin Medicare: $0
Costo para asegurados con parte B de Medicare: $0

Descripción del Beneficio: Sala de Emergencias

Costo para asegurados sin Medicare: $25
Costo para asegurados con parte B de Medicare: $0

Puede encontrar más información sobre cómo nuestro plan coordina los beneficios con Medicare en el resumen de beneficios incluido en nuestro sitio web en www.ssspr.com.

- **Infórmenos sobre su cubierta de Medicare**

Debe informarnos si usted o un familiar asegurado tiene cubierta de Medicare y permitirnos obtener información sobre servicios pagados o denegados bajo Medicare, de nosotros solicitarlo. Además, nos debe indicar si usted o sus familiares asegurados poseen otra cubierta, ya que la misma puede afectar el estatus de pagador primario / secundario de este plan y Medicare.

- **Medicare Advantage (Parte C)**

Si usted es elegible para Medicare, puede optar por suscribirse y recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage. Estos son planes privados de cuidado de salud (como los HMO y los PPO regionales) que están disponibles en algunas áreas del país. Para obtener más información sobre los planes Medicare Advantage, comuníquese con Medicare a 800-MEDICARE (1-800-633-4227), (TTY: 877-486-2048), o visite www.medicare.gov.

Si se suscribe a un plan Medicare Advantage, tendrá a su disposición las siguientes opciones:

Este plan y nuestro plan Medicare Advantage: Usted puede suscribirse a nuestro plan Medicare Advantage y mantenerse suscrito a nuestro plan FEHB. Si nuestro plan Medicare Advantage es primario, proveeremos los beneficios, aunque visite proveedores no participantes del plan Medicare Advantage (pero que sean proveedores de la red del plan regular de Triple-S Salud, Inc. que administra FEHB). Por favor, notifíquenos si se suscribe a nuestro plan Medicare Advantage. Necesitaremos saber si está suscrito en nuestro plan Medicare Advantage tan pronto se suscriba para poder coordinar correctamente los beneficios con el plan FEHB desde el comienzo de su cubierta Medicare Advantage.

Este plan y un plan Medicare Advantage de otra compañía: Usted puede suscribirse al plan Medicare Advantage de otra compañía y también mantenerse suscrito a nuestro plan FEHB. Si su plan Medicare Advantage es primario, proveeremos los beneficios incluso fuera de la red del plan Medicare Advantage y/o el área de servicio (si utiliza nuestros proveedores del plan). Sin embargo, no le eximiremos ninguno de nuestros copagos o coaseguros. Notifíquenos si se suscribe en un plan Medicare Advantage. Necesitamos saber si usted está suscrito al plan Medicare original o en un plan Medicare Advantage para poder coordinar correctamente los beneficios con Medicare.

Suspender la cubierta FEHB para suscribirse a un Plan Medicare Advantage: Si usted es un pensionado o excónyuge, puede suspender su cubierta FEHB para suscribirse a un plan Medicare Advantage, así eliminando su prima de FEHB. (La OPM no contribuye a su prima de Medicare Advantage). Para información sobre cómo suspender su suscripción a FEHB, comuníquese con su oficina de retiro. Si luego desea volver a suscribirse al programa FEHB, por lo general solo lo podrá hacer durante el próximo período de suscripción, a menos que pierda involuntariamente la cubierta o se mude fuera del área de servicio del plan Medicare Advantage.

- **Cubierta de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)**

Cuando nosotros somos el pagador primario, procesamos la reclamación primero. Si usted se suscribe a Medicare Parte D y nosotros somos el pagador secundario, evaluaremos las reclamaciones por los costos de sus medicamentos recetados que no estén cubiertos por Medicare Parte D y serán consideradas para pago bajo el plan FEHB.

Medicare siempre toma la determinación final de si ellos son el pagador primario. La siguiente tabla indica si su pagador primario debe ser Medicare o este plan, según su situación de empleo y otros factores establecidos por Medicare. Es esencial que nos deje saber si usted o un familiar cubierto tiene cubierta de Medicare para así poder administrar estos requisitos correctamente. **(Estar cubierto por más de dos planes de salud podría cambiar el orden de beneficios determinado en esta tabla.)**

Tabla de Pagador Primario		
A. Si usted –o su cónyuge cubierto– tiene 65 años o más y tiene cubierta de Medicare y usted…	**El pagador primario para el individuo con Medicare es...**	
	Medicare	**Este plan**
1) Tiene cubierta de FEHB por su cuenta como empleado/a activo		✓
2) Está cubierto bajo FEHB por su cuenta como pensionado o a través de su cónyuge pensionado/a	✓	
3) Está cubierto por FEHB a través de su cónyuge, quien es empleado/a activo/a		✓
4) Es un pensionado reinstalado por el gobierno Federal y su puesto está excluido del FEHB (su oficina de personal sabrá si este es el caso), y usted no está cubierto por FEHB a través de su cónyuge bajo el inciso #3 antes mencionado	✓	
5) Es un pensionado reinstalado por el gobierno Federal y su puesto no está excluido del FEHB (su oficina de personal sabrá si este es el caso), y..		
• Usted tiene cubierta del FEHB por su cuenta o a través de su cónyuge, que también es empleado/a activo/a		✓
• Usted tiene cubierta del FEHB a través de su cónyuge pensionado/a	✓	
6) Es un juez Federal jubilado bajo el título 28, U.S.C.; o un juez de la Corte de Impuestos de EE.UU. (Tax Court) jubilado bajo la Sección 7447 de título 26, U.S.C. (o si su cónyuge cubierto/a es este tipo de juez); y usted no está cubierto bajo FEHB a través de su cónyuge como establece el inciso #3 antes mencionado	✓	
7) Está suscrito solo a la parte B, sin importar su situación de empleo	✓ para servicios de la parte B	✓ para otros servicios
8) Empleado Federal que ha estado recibiendo compensación laboral	✓ *	
8) Es un empleado Federal que ha estado recibiendo beneficios de compensación laboral por discapacidad por seis meses o más	✓	
B. Cuando usted o un familiar cubierto...		
1) Tiene Medicare únicamente por enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) y		
• Está dentro de los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a recibir beneficios de Medicare por padecer ESRD **(período de coordinación de 30 meses)**		✓
• Ya pasó el período de coordinación de 30 meses y usted o un familiar todavía es elegible para Medicare por padecer ESRD	✓	
2) Cualifica para Medicare por ESRD luego de haberse convertido en beneficiario de Medicare y		
• Este plan era el pagador primario antes de usted ser elegible por padecer ESRD **(para el período de coordinación de 30 meses)**		✓
• Medicare era el pagador primario antes de usted ser elegible por padecer ESRD	✓	
3) Tiene una Continuación de Cubierta Temporal (TCC) y...		
• Medicare por edad e incapacidad	✓	
• Medicare por ESRD **(para el período de coordinación de 30 meses)**		✓
• Medicare por ESRD **(luego del período de coordinación de 30 meses)**	✓	
C. Cuando usted o algún familiar asegurado es elegible para Medicare únicamente por discapacidad y usted...		
1) Tiene cubierta FEHB por su cuenta como empleado activo o a través de un familiar que sea empleado/a activo		✓
2) Tiene cubierta FEHB por su cuenta como pensionado o a través de un familiar pensionado/a	✓	
D. Cuando está cubierto/a bajo la disposición de Equidad de Cónyuges de FEHB como un ex cónyuge	✓	

* El beneficio de compensación laboral es el pagador primario para reclamaciones relacionadas con la condición por la que recibe compensación laboral.

Sección 10. Definiciones de términos que utilizamos en este folleto

Asignación de beneficios	Una autorización suya (el afiliado o familiar cubierto) aprobada por nosotros (el Asegurador), para que emitamos el pago de beneficios directamente al proveedor. Nos reservamos el derecho de pagarle directamente por todos los servicios cubiertos. Usted no puede asignar los beneficios pagaderos en virtud del contrato a ninguna persona sin nuestra aprobación expresa por escrito y, en ausencia de dicha aprobación, cualquier cesión será nula. Su consentimiento específico por escrito para que un representante autorizado designado actúe en su nombre para solicitar la reconsideración de una decisión sobre un reclamo (o, para un reclamo de atención de urgencia, para que un representante actúe en su nombre sin designación) no constituye una Cesión. El contrato de OPM con nosotros, basado en estatutos y regulaciones federales, le otorga el derecho a solicitar una revisión judicial de la acción final de OPM sobre la denegación de un reclamo de beneficios de salud, pero no le otorga autoridad para asignar su derecho a presentar dicha demanda a cualquier otra persona o entidad. Cualquier acuerdo que celebre con otra persona o entidad (como un proveedor u otro individuo o entidad) que autorice a esa persona o entidad a entablar una demanda contra OPM, ya sea que actúe o no en su nombre, no constituye una Cesión, no es una autorización válida bajo este contrato, y es nula.
Año calendario	Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para los asegurados nuevos, el año calendario comienza en la fecha de efectividad de su suscripción y termina el 31 de diciembre del mismo año.
Aportación del plan	La cantidad que usamos para determinar nuestros pagos y su coaseguro por servicios cubiertos. Los planes determinan sus aportaciones de distintas formas. Nosotros determinamos nuestra aportación de la siguiente manera: la aportación del plan en nuestra área de servicio (Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE.UU.) es el listado de tarifas por beneficios, esto es, las tarifas que los proveedores del plan han acordado aceptar como pago total por sus servicios. La aportación del plan fuera del área de servicio es el cargo usual, acostumbrado y razonable.
Categorías de gastos en estudios de investigación clínica	Una investigación clínica aprobada incluye una investigación de fase I, fase II, fase III o fase IV que se realiza en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición mortal, y que está financiada por el gobierno federal; realizada una como parte de una petición de investigación para un nuevo medicamento evaluado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); o es un estudio clínico exento del requisito de la petición de investigación para nuevos medicamentos. Si usted participa en un estudio de investigación clínica, este plan le proveerá los siguientes servicios de cuidado, si no son provistos por el estudio: • Gastos por cuidado rutinario – gastos de servicios rutinarios como visitas a médicos, pruebas de laboratorio, rayos X, tomografías y hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la condición del paciente, si el paciente participa en un estudio o recibe terapia estándar. • Gastos por cuidados adicionales – gastos relacionados su participación en un estudio de investigación clínica, tales como pruebas adicionales que el paciente necesite como parte del estudio, pero no como parte de su cuidado rutinario. • Gastos de investigación – gastos relacionados con la realización del estudio de investigación clínica, como el tiempo dedicado de médicos y enfermeras, análisis de resultados y pruebas clínicas realizadas solo para propósitos de investigación. Por lo general, esos gastos están cubiertos por los estudios clínicos. Este plan no cubre esos gastos.
Clínicas y Centro de Urgencias SALUS	Facilidades que ofrecen acceso a sus servicios exclusivamente a los afiliados de Triple-S. A cero copagos.

Coaseguro	Vea Sección 4 de la página 24.
Copago	Vea Sección 4 de la página 24.
Costo compartido	Vea Sección 4 de la página 24.
Cuidado de custodia	Tratamiento o servicios, sin importar quién los recomiende o dónde se proporcionen, que se puedan prestar de manera segura y razonable por alguien que no posea conocimientos médicos; o que estén diseñados principalmente para ayudar al paciente con sus actividades cotidianas. El cuidado de custodia que dura más de 90 días usualmente se conoce como Cuidado a Largo Plazo. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a: • cuidado personal, tal como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, comer con cuchara, por tubo o gastrostomía, ejercitarse, vestirse • tareas domésticas, tales como preparar alimentos o dietas especiales; • mover al paciente; • servir de cuidador o acompañante; • supervisión de medicamentos que por lo general pueden autoadministrarse; o • tratamientos o servicios que cualquiera pueda ofrecer con instrucciones mínimas, lo cual incluye sin limitarse a tomar la temperatura, el pulso y la respiración, o administrar y monitorear sistemas de alimentación.
Factura sorpresa	Una factura inesperada que recibe por: • atención de emergencia: cuando tiene poca o ninguna influencia en el centro o proveedor del que recibe atención, o por • servicios que no son de emergencia proporcionados por proveedores no participantes con respecto a las visitas de pacientes a centros de atención médica participantes. o para • servicios de ambulancia aérea proporcionados por proveedores de servicios de ambulancia aérea no participantes.
Infertilidad	Triple-S Salud define la infertilidad como una enfermedad o condición caracterizada por la incapacidad de embarazar o concebir; la incapacidad de una persona para reproducirse ya sea como individuo o con su pareja durante un período de 12 meses o más (6 meses para miembros mayores de 35 años). Los casos de infertilidad se pueden determinar basándose en el historial médico, los hallazgos físicos o las pruebas de diagnóstico del paciente.
Infertilidad Iatrogénica	Infertilidad que se produce en pacientes oncológicos como resultado de tratamientos médicos tales como quimioterapia, radioterapia y cirugía. Cubrimos los procedimientos estándar de preservación de la fertilidad para hombres y mujeres reconocidos por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) y/o la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO).

Necesidad médica	Servicios, medicamentos, suplidos o equipo provistos por un hospital o proveedor de servicios de salud cubierto, que el plan determine que: • son apropiados para diagnosticar o tratar una condición, enfermedad o lesión del paciente; • son consistentes con los estándares de buenas prácticas médicas en Estados Unidos; • no son primordialmente para la comodidad personal o conveniencia del paciente, la familia o el proveedor; • no son parte de ni están asociados a un programa de educación académica o adiestramiento vocacional del paciente; y • en el caso de pacientes hospitalizados, no se podrían proveer ambulatoriamente de manera segura El hecho que un proveedor participante haya recetado, recomendado o aprobado un servicio, suplido, medicamento o equipo no lo hace médicamente necesario.

Nosotros/Plan	Nosotros y plan se refiere a Triple-S Salud, Inc..
Precertificación	Autorización previa de Triple-S Salud, Inc. para el pago de cualquiera de los beneficios y cubierta bajo esta póliza y sus endosos, en los casos en que Triple-S Salud, Inc. considere necesario. Algunos de los objetivos de la precertificación son: evaluar si el servicio es médicamente necesario, evaluar la idoneidad de la ubicación del servicio, verificar la elegibilidad del asegurado para el servicio solicitado y su disponibilidad en Puerto Rico. Las precertificaciones serán evaluadas basadas en las políticas de precertificación que Triple-S Salud, Inc. ha establecido a lo largo del tiempo. Triple-S Salud, Inc. no será responsable del pago de servicios que hayan sido prestados o recibidos sin dicha autorización de Triple-S Salud, Inc..
Procedimientos de reclamaciones post-servicio	Cualquier reclamación que no sea pre-servicio. En otras palabras, las reclamaciones post-servicio son aquellas para las que ya se ha provisto el servicio y las reclamaciones se nos envían para solicitar los beneficios.
Profesional del cuidado de la salud	Un médico u otro profesional del cuidado de la salud licenciado, acreditado o certificado para proveer ciertos servicios de salud conforme con la ley estatal.
Proveedor en la red / de la red / del plan	Los proveedores en la red, de la red o del plan son los médicos, grupos médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de cuidado de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier copago o coaseguro como pago completo. Hemos llegado a varios acuerdos con estos proveedores para que ellos puedan ofrecer servicios cubiertos por nuestro plan a nuestros asegurados.
Proveedores fuera de la red	Doctores, grupos de doctores u otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de cuidado de salud que no tienen un contrato activo con Triple-S Salud, Inc. para aceptar nuestro pago y cualquier copago o coaseguro como pago completo.

Reclamaciones para cuidado de urgencia	Una reclamación para cuidado o tratamiento médico es una reclamación urgente si esperar el tiempo límite regular para reclamaciones no urgentes podría tener uno de los siguientes impactos: • Esperar podría arriesgar su vida o su salud; • Esperar podría arriesgar su capacidad de recobrar la función máxima; o • En la opinión de un médico que conoce su condición salud, esperar le podría exponer a sufrir fuertes dolores que no se pueden manejar sin el cuidado o tratamiento objeto de esta reclamación. Las reclamaciones de cuidado urgente usualmente involucran reclamaciones pre-servicio, no reclamaciones post-servicio. Determinaremos si una reclamación es o no de cuidado urgente mediante la aplicación del juicio de una persona sin experiencia que posea un conocimiento general de salud y medicina. Si usted cree que su reclamación cualifica como una reclamación de cuidado urgente, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. Usted también puede demostrar que su reclamación es urgente mediante evidencia provista de que un médico que conoce su condición de salud ha determinado que su reclamación implica cuidado urgente.
Reclamaciones pre-servicio	Aquellas reclamaciones (1) que requieren precertificación, preautorización o referido y, (2) en las que, si no se obtiene la precertificación, preautorización o referido, redunda en una reducción de beneficios.
Reembolso	El intento de recobro por parte de un proveedor si un asegurado ha sufrido una enfermedad o lesión y ha recibido, en relación con tal enfermedad o lesión, un pago de cualquier parte que pueda ser responsable, de cualquier póliza de seguro aplicable, o de un programa de compensación o póliza de seguro laboral, y los términos del plan de beneficios de salud del proveedor requieren que el asegurado, como resultado de dicho pago, reembolse dicho pago al proveedor hasta el límite de los beneficios inicialmente pagados o proporcionados. El derecho al reembolso es acumulable y no excluyente del derecho de subrogación.

Servicios cubiertos	Servicios de salud cubiertos por nuestros beneficios, como se describen en este folleto.
Servicios experimentales o investigativos	Este Plan toma en consideración los factores que considere más relevantes bajo las circunstancias, tales como informes y artículos en publicaciones de referencia médica, científica y de revisión por pares; o los protocolos escritos que usa el centro de tratamiento o que se usan en otro centro que estudie prácticamente el mismo medicamento, dispositivo o tratamiento médico. Este plan también toma en consideración la aprobación de las siguientes agencias federales y agencias gubernamentales como parte esencial del tratamiento de una enfermedad o lesión, pero sin limitarse a: Asociación Médica Americana, el Cirujano General de Estados Unidos, el Departamento de Salud Pública de Estados Unidos, la Administración de Alimentos y Medicamentos o los Institutos Nacionales de Salud.
Subrogación	El recobro que busca hacer una aseguradora a cualquier parte que pueda ser responsable, cualquier póliza de seguro aplicable, o póliza de seguro o programa de compensación laboral, como sucesor de los derechos de una persona cubierta que sufrió una enfermedad o lesión y ha obtenido beneficios del plan de salud de dicha aseguradora.
Usted	Se refiere a la persona suscrita al plan y a cada familiar cubierto.

Índice

No dependa de esta página; la misma es para su conveniencia y podría no incluir todas las páginas donde los términos aparecen.

Lesión accidental..... 48, 68
Pruebas de alergia.....37
Trasplante (de donante) alogénico de médula ósea.....47-50
Ambulancia.....56, 59
Anestesia..... 53
Trasplante autólogo de médula ósea …47-50
Biopsia.....46
Sangre y plasma sanguíneo..... 54-55
Enyesado..... 46
Protección catastrófica 24
Cambios para el 2027..... 16
Quimioterapia..... 37
Oncology Analytics 72
Quiropráctico 42
Pruebas de colesterol.....31
Reclamaciones 76
Coaseguro 24
Prueba de detección de cáncer colorrectal 30-31
Anomalías congénitas 46-47
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos 35, 65
Muletas 42
Definiciones..... 84-87
Cuidado dental.....68
Servicios diagnósticos.....28
Gastos del donante.....52
Vendajes.....54-55, 66
Equipo médico duradero..... 41
Fecha efectiva de suscripción 11
Emergencia 22, 25, 55-56
Experimental o investigativo..... 73
Espejuelos..... 38
Planificación familiar.....35
Sangre oculta en la excreta..... 29
Fraude.....3-4
Exclusiones generales.....75
Servicios de audición.....39
Servicios de salud en el hogar 41
Hospital.....19-20, 53-55, 59
Vacunas..... 32-33
Infertilidad..... 35, 85
Infertilidad Iatrogénica..... 35, 85
Beneficios para pacientes hospitalizados 52-54, 59
Insulina 20, 40, 62
Imágenes de resonancia magnética (MRI) 29
Mamografía.....29-30, 69
Beneficios de maternidad …….32-33, 52
Medicaid 79
Médicamente necesario..... 19, 40
Medicare 72, 78-83
  Advantage 74, 84-85
  Original 83-84
Miembros
  Familia 4, 8-12
  Plan 3-4
Beneficios de salud mental / abuso de sustancias 60
Cuidado para recién nacido 10, 22, 34
Ley de No Sorpresas (NSA).....25
Beneficios no FEHB 72
Enfermera..... 41, 52
Terapia ocupacional..... 38
Visitas al consultorio..... 28-43
Cirugía oral y maxilofacial..... 46
Gastos que usted paga de su bolsillo 8, 24
Oxígeno..... 40-41, 52-53
Prueba de Pap 16, 29-32
Médico 17-23, 28,50,52-59,62,86
Punto de Servicio (POS) 14-72
Precertificación……13-14, 20-23, 28, 32-33, 35-38, 40, 44, 47, 49, 53-54, 61, 68, 71, 77, 86
Medicamentos recetados ……..60-63, 65, 71
Cuidado preventivo, adultos 29-31
Cuidado preventivo, niños..... 32
Servicios preventivos 29-32
Aparatos prostéticos 44
Psicólogo.....58
Radioterapia 36,72
Alojamiento y comida 37, 54-56, 61
Segunda opinión quirúrgica 28
Cuidado en un centro de enfermería especializada 20, 28, 55-56
Trabajador social.....58
Terapia del habla.....39
Férulas.....52
Subrogación..... 79, 87
Abuso de sustancias 60
Cirugía..... .....44-51, 68
  Oral 48
  Ambulatoria..... 55
  Reconstructiva 47-48
Jeringuillas 62
Programa para dejar de fumar..... 42, 63
Continuación de Cubierta Temporal (TCC) 12
Trasplantes 47-50
Terapias de tratamiento 36-37
Cuidado de la vista.....39-40
Sillas de ruedas.....41
Compensación laboral.....78
Rayos X.....29,42, 54,61

Notas

Resumen de Beneficios del Plan Triple-S Salud, Inc. 2027

- **No dependa de esta tabla únicamente.** Es un resumen. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de esta póliza. Antes de tomar una decisión final, lea detenidamente este folleto del FEHB. Puede obtener una copia de nuestro Resumen de Beneficios y Cubierta, según requiere la Ley de Atención Médica Asequible, en www.ssspr.com.
- Si desea suscribirse o cambiar su cubierta dentro de este plan, asegúrese de indicar el código de suscripción correcto de la portada en su formulario de suscripción.
- Solo cubrimos servicios proporcionados o coordinados por médicos del plan, excepto en emergencias.

Beneficios	Usted paga	Pág.
Servicios provistos por médicos: Servicios de diagnóstico y tratamiento en el consultorio	En la red: $7.50 por visita a médicos primarios y especialistas $1.00 por prueba de laboratorio $0 copago por servicios recibidos en Clínicas SALUS. $0 copago por rayos-x Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	28-29
Servicios provistos por un hospital: Paciente hospitalizado	En la red: Nada Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	54
Servicios provistos por un hospital: Paciente ambulatorio	En la red: $25 de copago por instalaciones para cirugías ambulatorias Fuera de la red: 10 % coaseguro. Se aplica el costo compartido para dentro de la red, más cualquier diferencia entre nuestra cantidad cubierta y la cantidad facturada.	55
Beneficios de emergencia: En la red	$25 para salas de emergencias Nada por hospital. Cuidado de surgencia $10 copago $0 copago por servicios recibidos en Clínicas de Urgencias SALUS.	58
Beneficios de emergencia: Fuera de la red	10% más todos los cargos que excedan nuestra aportación	59
Tratamiento de salud mental y trastorno por abuso de Sustancias	Costo compartido regular	60-61

Beneficios	Usted paga	Pág.
• **Medicamentos recetados:** Farmacia comercial – abastecimiento de hasta 30 días	• Nivel 1: medicamentos genéricos, $2.00 por unidad o repetición. • Nivel 2: medicamento de marca preferido, $20 por unidad o repetición. • Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos, 20% hasta un desembolso máximo de $125 por unidad o repetición. • Nivel 4: Medicamentos especializados / biotecnológicos preferidos, 25% o $200, lo que sea menor, por unidad o repetición • Nivel 5: Medicamentos especializados / biotecnológicos no preferidos, 30% o $300, lo que sea menor, por unidad o repetición	64
• Programas de medicamentos por correo y abastecimiento extendido a 90 días para ciertos medicamentos de mantenimiento	• Nivel 1: medicamentos genéricos, $4.00 por unidad o repetición • Nivel 2: medicamento de marca preferido, $40 por unidad o repetición • Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos, 20% hasta un desembolso máximo de $375 por unidad o repetición.	66
Cuidado dental	0% coaseguro para servicios diagnósticos y preventivos	68-69
Cuidado de la vista	$7.50 por visita al consultorio $0 copago por servicios recibidos en Clínicas SALUS.	39
Beneficios Especiales	Opción de beneficios flexibles • Teleconsulta • Programa BlueCard • Centros de Excelencia para trasplantes • Telexpreso · Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP) • Herramienta de Análisis de Riesgos a la Salud (HRA) • Centros de Servicios Preventivos • Oncology Analytics	70-72

Información sobre las primas de Triple-S Salud, Inc. 2027

Para comparar sus opciones de plan de salud de FEHB, visite www.opm.gov/fehbcompare

Para ver las primas de todas las opciones de plan de salud FEHB, visite www.opm.gov/FEHBpremiums o www.opm.gov/Tribalpremium

Las primas para empleados tribales se muestran en la columna de primas mensuales no postales. La cantidad que figura bajo contribución del empleado es la aportación máxima que usted pagara. Su empleador tribal puede optar por aportar una porción mayor de su prima.
Por favor, contacte a su Oficial de Beneficios Tribales para las primas exactas.

Tipo de suscripción	Código de suscripción	Prima			
		Bisemanal		Mensual	
		Aportación del Gobierno	Su aportación	Aportación del Gobierno	Su aportación
Puerto Rico e Islas Vírgenes					
Opción Ampliada Individual solamente	891	$183.17	$61.05	$396.86	$132.28
Opción Ampliada Pareja	893	$411.28	$137.09	$891.11	$297.03
Opción Ampliada Individual y Familia	892	$419.46	$139.82	$908.83	$302.94