

Introducción del Resumen de Beneficios de
Auxilio Platino Clásico (HMO)
1 de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
PUERTO RICO

Gracias por su interés en Auxilio Platino Clásico (HMO). Nuestros planes son ofrecidos por Triple-S Salud, una Organización Medicare Advantage de Cuidado Coordinado (HMO, por sus siglas en inglés). Este resumen de beneficios le presenta algunas características de nuestros planes. No enumera cada servicio cubierto, cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, llame a Triple-S Salud y pregunte por la “Evidencia de Cubierta”.

USTED TIENE OPCIONES EN SU CUIDADO DE SALUD

Como beneficiario de Medicare, usted puede elegir entre las diferentes opciones que ofrece Medicare. Una opción es el Plan Original de Medicare (pago-por-servicio). Otra opción es el plan de salud de Medicare como Auxilio Platino Clásico (HMO). Usted también puede tener otras opciones. Usted es quien decide. No importa lo que usted decida, usted continuará siendo beneficiario del Programa Medicare.

Usted podrá suscribirse o darse de baja del plan solamente durante ciertas fechas al año. Llame a Triple-S Salud al número que aparece al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Las personas con impedimentos auditivos y/o del habla (TTY/TDD) deben llamar al 1-877-486-2048. Estos números están disponibles las 24 horas, los 7 días.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Usted puede comparar Auxilio Platino Clásico (HMO) con el Plan Original de Medicare usando este Resumen de Beneficios. La tabla incluida en este folleto detalla algunos de los beneficios de salud más importantes. Para cada beneficio, usted puede comparar lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el Plan Original de Medicare.

Nuestros asegurados reciben todos los beneficios que ofrece el Plan Original de Medicare. Nosotros también ofrecemos otros beneficios, los cuales pueden cambiar de año en año.

¿DÓNDE ESTA DISPONIBLE AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)?

El área de servicio para éste Plan incluye los siguientes municipios de Puerto Rico: Adjuntas, Aguas Buenas, Aibonito, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Caguas, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Dorado, Fajardo, Florida, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Humacao, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maunabo, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Río Grande, Salinas, San Juan, San Lorenzo, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Villalba, Yabucoa y Yauco. Usted debe vivir en uno de estos municipios para suscribirse al Plan.

H5732_MKT_2010_3001_A_B_SB
Aprobado por CMS 8/17/2009

Introducción del Resumen de Beneficios de
Auxilio Platino Clásico (HMO)
1 de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
PUERTO RICO

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA SUSCRIBIRSE AL PLAN AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)?

Usted puede suscribirse al Plan Auxilio Platino Clásico (HMO) si tiene derecho a la Parte A de Medicare, está suscrito a la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio. Sin embargo, las personas con fallo renal en etapa terminal no son elegibles para suscribirse a Auxilio Platino Clásico (HMO), a menos que sean asegurados de nuestra organización desde que comenzó la diálisis.

¿PUEDO ESCOGER MIS MÉDICOS?

Triple-S Salud tiene una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted sólo puede solicitar servicios de médicos que sean parte de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede solicitar un Directorio de Proveedores actualizado o visitar nuestro portal en la Internet en www.ssspr.com. Para más información, llame a nuestro número de Servicios al Cliente que aparece al final de esta introducción.

¿QUÉ SUCEDE SI VOY A UN MÉDICO QUE NO PERTENECE A LA RED?

Si usted decide visitar un médico fuera de nuestra red, usted pagará por estos servicios. Ni Auxilio Platino Clásico (HMO) o el Plan Original de Medicare pagarán por estos servicios.

¿CUBRE MI PLAN LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR LA PARTE B Y LA PARTE D DE MEDICARE?

Auxilio Platino Clásico (HMO) cubre ambos los medicamentos de la Parte B y los medicamentos de la Parte D de Medicare.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS SI ME SUSCRIBO A AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)?

Triple-S Salud tiene una red de farmacias. Usted debe utilizar una farmacia dentro de la red para recibir los beneficios del Plan. Triple-S Salud podría no pagar por sus medicamentos si usted los obtiene en una farmacia fuera de la red, excepto en algunas circunstancias. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede solicitar un Directorio de la Red de Farmacias actualizado o visitar nuestro portal en la Internet www.ssspr.com. Comuníquese con Servicios al Cliente al número que aparece al final de esta introducción.

Introducción del Resumen de Beneficios de
Auxilio Platino Clásico (HMO)
1 de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
PUERTO RICO

¿QUÉ ES UN FORMULARIO O LISTA DE MEDICAMENTOS?

Auxilio Platino Clásico (HMO) utiliza un Formulario o Lista de Medicamentos; una guía de los medicamentos cubiertos los cuales han sido seleccionados para satisfacer sus necesidades. Periódicamente Triple-S Salud añadirá, removerá y hará cambios en los límites de cubierta en algunos medicamentos o cambiará cuánto usted paga por un medicamento. Si realizamos un cambio al Formulario o Lista de Medicamentos que limite la habilidad de nuestros asegurados para obtener sus medicamentos, le notificaremos a los asegurados afectados antes de que el cambio sea efectivo. Triple-S Salud le enviará un Formulario o Lista de Medicamentos completa o si desea la puede acceder a través de nuestro portal en la Internet www.ssspr.com.

Si actualmente usted está tomando un medicamento que no está en nuestro Formulario o Lista de Medicamentos o está sujeto a algún requisito o un límite adicional, podrá obtener un abastecimiento temporero del medicamento. Usted puede comunicarse con nosotros para solicitar una excepción o para cambiar a otro medicamento que esté incluido en nuestro Formulario o Lista de Medicamentos con la ayuda de su médico. Llámenos para ver si usted puede obtener un abastecimiento temporero del medicamento o para más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL PARA CUBRIR MIS COSTOS DE MEDICAMENTOS?

Usted podría cualificar para obtener ayuda adicional para los costos y prima del Plan de Medicamentos de Medicare. Usted puede verificar si cualifica para ayuda adicional llamando:

- ❖ Al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Las personas con impedimentos auditivos y/o del habla (TTY/TDD) deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- ❖ La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y 7 p.m., lunes a viernes. Las personas con impedimentos auditivos y/o del habla (TTY/TDD) deben llamar al 1-800-325-0778; ó
- ❖ A su oficina de Medicaid del Estado.

¿QUÉ PROTECCIONES TENGO BAJO ESTE PLAN?

Todos los Planes Medicare Advantage acuerdan mantenerse en el programa por un año completo. Cada año el plan decide si continúa por otro año. Aun si un Plan Medicare Advantage abandona el programa, usted no perderá su cubierta de Medicare. Si el plan decide no continuar, le enviará una carta con al menos 60 días antes de que su cubierta termine. La carta le explicará sus opciones de cubierta con Medicare en su área.

Como asegurado de Auxilio Platino Clásico (HMO), usted tiene el derecho de solicitar una determinación organizacional, la cual incluye el derecho de someter una apelación si denegamos cubierta para un artículo o servicio y el derecho de someter una querrela. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación organizacional si quiere que le cubramos o paguemos un artículo o servicio que usted piensa que debe estar cubierto. Si le denegamos cubierta para el artículo o servicio solicitado, usted tiene derecho de apelar y solicitar que reconsideremos nuestra decisión. Usted podrá solicitarnos una determinación de cubierta expedita (rápida) o apelar si usted entiende que esperar por una decisión podría seriamente poner en riesgo su salud o su vida, o afectar su capacidad de funcionar al máximo. Si su médico solicita o respalda una decisión rápida; nosotros le

Introducción del Resumen de Beneficios de
Auxilio Platino Clásico (HMO)
1 de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
PUERTO RICO

daremos una decisión rápida. Finalmente, usted tiene el derecho a realizar una querrela si tiene cualquier problema con nosotros o alguno de nuestros proveedores de la red que no esté relacionado con la cubierta para un artículo o servicio. Si su problema es relacionado a calidad de servicio, usted también tiene el derecho a realizar una querrela con la Organización Profesional de Investigación para el Mejoramiento de la Calidad (QIPRO, por sus siglas en inglés), comunicándose al 787-250-5062 ó libre de cargos al 1-800-981-5062.

Como asegurado de Auxilio Platino Clásico (HMO), usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cubierta, la cual incluye el derecho de solicitar una excepción, el derecho de someter una apelación si denegamos cubierta para un medicamento y el derecho de someter una querrela. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cubierta si quiere que le cubramos un medicamento de Parte D que usted piensa que debe estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cubierta. Usted puede pedirnos una excepción si entiende que necesita un medicamento que no está cubierto en nuestro Formulario o Lista de Medicamentos o si cree que debe obtener un medicamento no preferido a un costo menor. Usted también nos puede solicitar una excepción para que le eliminemos las restricciones de su cubierta, como por ejemplo los límites en la cantidad del medicamento. Si entiende que necesita una excepción debe comunicarse con nosotros antes de recoger sus medicamentos en las farmacias. Su médico debe proveer la justificación para su solicitud de excepción. Si le denegamos cubierta para los medicamentos, usted tiene derecho de apelar y solicitar que reconsideremos nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho a realizar una querrela si tiene cualquier problema con nosotros o alguna de nuestras farmacias de la red que no esté relacionado con la cubierta para un medicamento. Si su problema es relacionado a calidad de servicio, usted también tiene el derecho a realizar una querrela con la Organización Profesional de Investigación para el Mejoramiento de la Calidad (QIPRO, por sus siglas en inglés), comunicándose al 787-250-5062 ó libre de cargos al 1-800-981-5062.

¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE MANEJO DE TERAPIA DE MEDICAMENTOS? (MTMP, por sus siglas en inglés)

Un Programa de Manejo de Medicamentos (MTMP, por sus siglas en inglés) es un beneficio libre de costo que su plan podría ofrecerle. Usted puede ser invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y farmacia. Usted puede decidir no participar, pero le recomendamos que aproveche al máximo este beneficio cubierto si le escogen para participar. Comuníquese con Triple-S Salud para más detalles.

¿QUÉ TIPO DE MEDICAMENTOS PODRÍAN ESTAR CUBIERTOS BAJO LA PARTE B DE MEDICARE?

Los medicamentos recetados de forma ambulatoria que se presentan a continuación pueden estar cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Esto puede incluir, pero no se limita a, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con Triple-S Salud para más detalles.

- Ciertos medicamentos antígenos: si son preparados por un médico y administrados por una persona debidamente adiestrada (que podría ser el paciente) bajo la supervisión del médico.
- Medicamentos contra la osteoporosis: medicamentos inyectables contra la osteoporosis; para ciertas mujeres que tienen el Plan de Medicare.

Introducción del Resumen de Beneficios de
Auxilio Platino Clásico (HMO)
1 de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
PUERTO RICO

- Erythropoietin (Epoetin alpha o Epogen®): inyección si usted padece de una condición renal en etapa terminal (fallo permanente del riñón que requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de Coagulación para la Hemofilia: factores de coagulación autoinyectables si usted padece de hemofilia.
- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos inyectables inherentes son administrados por un profesional médico licenciado.
- Medicamentos inmunosupresores: medicamentos inmunosupresores para pacientes que han recibido un trasplante en un centro certificado de Medicare, siempre y cuando el trasplante ha sido pagado por Medicare o por un seguro privado que pagó como pagador primario su cubierta de la Parte A.
- Algunos medicamentos orales para el Cáncer: si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos para las náuseas: si usted está bajo un tratamiento de quimioterapia.
- Inhaladores o medicamentos de infusión provistos por un suplidor de equipo médico duradero.

CLASIFICACIÓN DEL PLAN

El Programa de Medicare evalúa y clasifica cuan bien los planes se desempeñan en diferentes categorías (por ejemplo, detectar y prevenir enfermedades, calificaciones recibidas por parte de pacientes o servicios al cliente). Si usted tiene acceso a la Internet, usted puede utilizar las herramientas en la Internet en www.medicare.gov y seleccione “Compare los planes de Farmacia de Medicare” o “Compare los planes de Salud o pólizas Medigap en su área” para que compare las clasificaciones en los planes de Medicare en su área. Nos puede contactar directamente al (787) 774-6083 en la zona metro o al 1-800-510-0722 libre de cargos. Usuarios del sistema TTY pueden llamar al (787) 799-4059 en la zona metro o al 1-800-383-4457, libre de cargos.

POR FAVOR LLAME A TRIPLE-S SALUD PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)

Visite nuestra página www.ssspr.com o llámenos:

HORARIO DE SERVICIOS AL CLIENTE:

Lunes a Viernes: 8:00 a.m. – 10:00 p.m.

Sábados: 9:00 a.m. – 6:00 p.m.

Domingos: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.

ASEGURADOS PUEDEN LLAMAR:

(787) 774-6083 en el área metro ó 1 (800)-510-0722 libre de cargos

TTY/TDD (787) 749-4059 en el área metro ó 1(800)-383-4457 libre de cargos

Introducción del Resumen de Beneficios de
Auxilio Platino Clásico (HMO)
1 de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
PUERTO RICO

HORARIO DE SERVICIOS AL CLIENTE PARA PROSPECTOS:

Lunes a Viernes: 8:00 a.m.- 5:00 p.m.

PROSPECTOS PUEDEN LLAMAR:

1 (877)-207-8777 libre de cargos

TTY/TDD **(787) 749-4059** en el área metro ó **1(800)-383-4457** libre de cargos

Para más información sobre Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar las 24 horas, los 7 días
o, visite el portal en la Internet www.medicare.gov

Si usted tiene necesidades especiales, este documento puede estar disponible en otros formatos.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
<p>1. PRIMA Y OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE</p>	<p>En 2009 la prima mensual de la Parte B de Medicare era \$96.40 y cambiará para el 2010 y el deducible anual de la Parte B era de \$135 y cambiará para el 2010. (2) La mayoría de las personas pagarán la prima estándar mensual por la Parte B. Sin embargo, comenzando el 1 de enero de 2010, algunas personas pagarán una prima mayor que dependerá de su ingreso anual (Para el 2009, esta cantidad era \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas. Estas cantidades cambiarán para el 2010)</p>	<p>\$0.00 prima mensual por el plan, además de su prima mensual por la Parte B de Medicare.</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o suplidor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
<p>2. SELECCIÓN DE MÉDICO Y HOSPITAL (Para más información, vea Emergencia - #15 y Cuidado Necesario de Urgencia -#16.)</p>	<p>Usted puede visitar cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Usted puede visitar médicos, especialistas y hospitales dentro de la red.</p> <p>Usted no necesita referidos para visitar médicos, especialistas y hospitales dentro de la red.</p>
<p>3. CUIDADO HOSPITALARIO (Incluye Abuso de Sustancias y Servicios de Rehabilitación)</p>	<p>En el 2009 las cantidades por cada período de beneficio eran las siguientes (3):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 60: deducible de \$1068 ▪ Días 61 - 90: \$267 por cada día ▪ Días 91 - 150: \$534 por cada día de reserva por vida (4) <p>Estas cantidades cambiarán para el 2010.</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre los días de reserva de por vida. (4)</p> <p>No hay límite en el número de periodos de beneficio que usted puede tener.</p>	<p>\$0.00 copago</p> <p>Usted está cubierto por una cantidad ilimitada de días por cada período de beneficio.</p> <p>Excepto en casos de emergencia, su proveedor debe indicarle al Plan sobre su admisión al hospital.</p> <p>Requiere precertificación para cirugías reconstructivas y algunos procedimientos que están reconocidos para cuidado ambulatorio y que por razones médicas requieren otro nivel de cuidado.</p> <p>Requiere precertificación para abuso de sustancias. Comuníquese con el plan para más información.</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
<p>4. CUIDADO HOSPITALARIO DE SALUD MENTAL</p>	<p>Usted paga el mismo deducible y copagos de cuidado hospitalario (descrito anteriormente bajo "Cuidado Hospitalario)</p> <p>Para servicios en un hospital psiquiátrico aplica un límite de por vida de 190 días.</p>	<p>\$0.00 copago</p> <p>Usted tendrá hasta 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida.</p> <p>Excepto en casos de emergencia, su proveedor debe indicarle al Plan sobre su admisión al hospital.</p>
<p>5. FACILIDAD DE ENFERMERÍA DIESTRA (En una facilidad de enfermería diestra certificada por Medicare)</p>	<p>En el 2009 usted pagaba por cada período de beneficio después de una estadía mínima de tres (3) días cubierta en el Hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 20: \$0 por cada día ▪ Días 21 - 100: \$133.50 por cada día <p>Estas cantidades cambiarán para el 2010</p> <p>Hasta 100 días por cada período de beneficio. (3)</p>	<p>\$0.00 copago para los servicios recibidos en una Facilidad de Enfermería Diestra.</p> <p>Usted está cubierto hasta 100 días por cada período de beneficio (3).</p> <p>No se requiere estadía previa en el hospital.</p> <p>Requiere Precertificación. Comuníquese con el plan para más información.</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
<p>6. CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR (Incluye cuidado intermitente de enfermería diestra médicamente necesario, servicios de cuidado de salud en el hogar, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	\$0.00 copago	<p>\$0.00 copago por las visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare.</p> <p>Requiere precertificación para estos servicios. Comuníquese con el plan para más información.</p>
<p>7. HOSPICIO</p>	<p>Usted paga parte del costo de los medicamentos recetados de forma ambulatoria y del cuidado de relevo hospitalario.</p> <p>Usted debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.</p>	<p>Usted debe recibir el cuidado en un hospicio certificado por Medicare.</p>
<p>8. VISITAS A OFICINAS MÉDICAS</p>	<p>20% de coaseguro (1)(2)</p>	<p>\$0.00 copago por cada visita al Médico Primario (PCP) cubierta por Medicare.</p> <p>\$0.00 copago por cada visita dentro de la red cubierta por Medicare para cuidado de urgencia.</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
VISITAS A OFICINAS MÉDICAS, CONTINUACIÓN		<p>\$0.00 copago por cada visita al médico especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Véase #33 – para más información sobre exámenes físicos rutinarios.</p>
9. SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS	<p>20 % de coaseguro para la manipulación manual de la espina para corregir desplazamiento o dislocación de una coyuntura, articulación o alguna parte del cuerpo, provista por quiroprácticos u otros proveedores cualificados. (1)(2)</p> <p>No cubre cuidado rutinario.</p>	<p>\$ 0.00 copago por las visitas cubiertas por Medicare.</p> <p>Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la espina para corregir desplazamiento o dislocación de una coyuntura, articulación o alguna parte del cuerpo, provistas por quiroprácticos u otros proveedores cualificados.</p>
10. SERVICIOS DE PODIATRÍA	<p>20% de coaseguro para cuidado del pie médicamente necesario, incluyendo cuidado para condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p> <p>No cubre cuidado rutinario (1)(2)</p>	<p>\$0.00 copago para los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para el cuidado del pie médicamente necesario.</p>
11. CUIDADO AMBULATORIO DE SALUD MENTAL	<p>45% de coaseguro para el cuidado ambulatorio de salud mental. (1)(2)</p>	<p>\$0.00 copago para las visitas de Salud Mental cubiertas por Medicare.</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o suplidor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
12. CUIDADO AMBULATORIO DE ABUSO DE SUSTANCIAS	20% de coaseguro (1)(2)	\$0.00 copago para las visitas cubiertas por Medicare. Requiere precertificación para hospitalización parcial. Comuníquese con el plan para más información.
13. SERVICIOS AMBULATORIOS/ CIRUGÍA	20% de coaseguro para el médico. (1)(2) 20% de coaseguro por los cargos de facilidades ambulatorias. (1)(2)	\$0.00 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. \$0.00 copago por cada visita a una facilidad hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. Requiere precertificación. Comuníquese con el plan para más información.
14. SERVICIOS DE AMBULANCIA (SERVICIOS DE AMBULANCIA MÉDICAMENTE NECESARIOS)	20% de coaseguro (1)(2)	\$0.00 copago para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.
15. CUIDADO DE EMERGENCIA (USTED PUEDE VISITAR CUALQUIER SALA DE EMERGENCIA SI RAZONABLEMENTE PIENSA	20% de coaseguro por los cargos médicos. (1)(2) 20% de coaseguro del cargo de la facilidad o el copago aplicable por cada visita a la sala de	\$25.00 de copago por cada visita a sala de emergencia cubierta por Medicare.

12

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
QUE NECESITA CUIDADO DE EMERGENCIA)	<p>emergencia. (1)(2)</p> <p>Usted no paga esta cantidad si es admitido al hospital por la misma condición dentro de 3 días de haber visitado la sala de emergencia.</p> <p>No cubre fuera de los Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p>Si usted es admitido al hospital dentro de 24 horas por la misma condición, usted pagará \$0.00 por la visita a la sala de emergencia.</p> <p>No cubre fuera de los Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para más información.</p>
16. CUIDADO NECESARIO DE URGENCIA (ESTO NO ES CUIDADO DE EMERGENCIA, Y EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, ES FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO)	<p>20% de coaseguro o el copago aplicable. (1)(2)</p> <p>No cubre fuera de los Estados Unidos, excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p>\$0.00 copago por cada visita para cuidado necesario de urgencia cubierto por Medicare.</p>
17. SERVICIOS AMBULATORIOS DE REHABILITACIÓN (TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA FÍSICA Y TERAPIA DEL HABLA/ LENGUAJE)	<p>20% de coaseguro (1)(2)</p>	<p>\$0.00 copago por cada visita de Terapia Ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>\$0.00 copago por cada visita de Terapia Física y/o Terapia del Habla/ Lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>El límite de beneficios de</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o suplidor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
		<p>Medicare aplica para estas terapias. Comuníquese con el plan para más información.</p> <p>Requiere precertificación para Terapia Ocupacional y Terapia del Habla/Lenguaje. Comuníquese con el plan para más información.</p>
<p>18. EQUIPO MEDICO DURADERO (INCLUYE SILLONES DE RUEDA, OXIGENO, ETC.)</p>	<p>20% de coaseguro (1)(2)</p>	<p>\$0.00 copago para los artículos cubiertos por Medicare.</p> <p>Requiere precertificación. Comuníquese con el plan para más información.</p>
<p>19. APARATOS PROSTÉTICOS (INCLUYE ABRAZADERAS, OJOS Y EXTREMIDADES ARTIFICIALES, ETC.)</p>	<p>20% de coaseguro (1)(2)</p>	<p>\$0.00 copago por cada artículo cubierto por Medicare.</p> <p>Requiere precertificación. Comuníquese con el plan para más información.</p>
<p>20. ADIESTRAMIENTO PARA EL AUTO-MANEJO DE LA DIABETES, TERAPIA NUTRICIONAL Y SUMINISTROS (INCLUYE CUBIERTA PARA MONITORES DE GLUCOSA,</p>	<p>20% de coaseguro</p> <p>Terapia Nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedades del riñón (pero no están en diálisis o no han tenido un trasplante de riñón) cuando</p>	<p>\$0.00 copago por el Adiestramiento para el Auto-Manejo de la Diabetes.</p> <p>\$0.00 copago por Terapia Nutricional para Diabetes.</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
TIRILLAS DE PRUEBA, LANCETAS, PRUEBAS DE MONITOREO Y EL ADIESTRAMIENTO PARA EL AUTO-MANEJO)	son referidos por el médico. Estos servicios pueden ser ofrecidos por un dietista registrado o que incluyan una evaluación nutricional y consejería para ayudarle a manejar su enfermedad de diabetes o del riñón. (1)(2)	\$0.00 copago por los Suministros de Diabetes. Requiere precertificación. Comuníquese con el plan para más información.
21. PRUEBAS DIAGNOSTICAS, RAYOS-X Y SERVICIOS DE LABORATORIO	20% de coaseguro para los exámenes y procedimientos diagnósticos y rayos-X. (1)(2) \$0.00 copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios diagnósticos de laboratorios médicamente necesarios que son ordenados por su médico cuando son provistos por un laboratorio certificado por la Enmienda de Mejoramiento de Laboratorios Clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés) que participa en Medicare. Los servicios diagnósticos de laboratorio son hechos para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar alguna sospecha de enfermedad o condición. Medicare no cubre la mayoría de	\$0.00 copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: - servicios de laboratorio - pruebas y procedimientos diagnósticos - rayos- X - servicios radiológicos para diagnóstico (se excluyen los rayos- X) -servicios radiológicos terapéuticos (terapias de radiación) Requiere precertificación para los siguientes servicios:

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
PRUEBAS DIAGNOSTICAS, RAYOS-X Y SERVICIOS DE LABORATORIO, CONTINUACIÓN	las pruebas de rutina, como por ejemplo el verificar su colesterol.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PET, ▪ MRI, ▪ MRA, ▪ CT, ▪ SPECT, ▪ Medicina nuclear <p>Comuníquese con el Plan para más información.</p>
22. DENSITOMETRÍA ÓSEA (PARA PERSONAS CON MEDICARE QUE ESTÉN EN RIESGO)	20% de coaseguro Cubierto una vez cada 24 meses (más frecuente si es médicamente necesario) si usted cumple con ciertas condiciones médicas. (1)(2)	\$0.00 copago por cada Densitometría Ósea cubierta por Medicare.
23. EXÁMENES DE CÁNCER COLORECTAL (PARA PERSONAS CON MEDICARE DE 50 AÑOS O MÁS)	20% de coaseguro Cubierto cuando está en alto riesgo o cuando usted tiene más de 50 años de edad.(2)	\$0.00 copago para: -exámenes de cáncer colorectal cubiertos por Medicare. - un (1) examen adicional cada año, requiere precertificación.
24. INMUNIZACIONES (VACUNA DE INFLUENZA, VACUNA DE HEPATITIS B- PARA PERSONAS CON MEDICARE QUE ESTÉN EN RIESGO, VACUNA DE	\$0.00 copago para las vacunas de Neumococo e Influenza. 20% de coaseguro para la vacuna de Hepatitis B. (1)(2) Usted puede sólo necesitar la	\$0.00 copago para las vacunas de Neumococo e Influenza. \$0.00 copago para la vacuna de Hepatitis B.

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
NEUMOCOCO)	vacuna de Neumococo una vez en su vida. Comuníquese con su médico para más información.	No se necesita referido para las vacunas de Neumococo e Influenza. No se necesita referido para otras inmunizaciones.
25. MAMOGRAFÍAS (EXAMEN ANUAL) (PARA MUJERES CON MEDICARE DE 40 AÑOS O MÁS)	20% de coaseguro No se necesita referido Cubierto una vez al año para todas las mujeres con Medicare de 40 años o más. Una mamografía cubierta para mujeres con Medicare entre 35 y 39 años.(2)	\$0.00 copago para: -Mamografías cubiertas por Medicare. -Un (1) examen adicional cada año, requiere precertificación.
26. PRUEBA DE PAPANICOLAU Y EXÁMENES PÉLVICOS (PARA MUJERES CON MEDICARE)	\$0.00 copago para la Prueba de Papanicolau Cubierto una vez cada 2 años. Anualmente para las beneficiarias de Medicare en alto riesgo.(2) 20% de coaseguro para los Exámenes Pélvicos.(2)	\$0.00 copago para: -Prueba de Papanicolau y Exámenes Pélvicos cubiertos por Medicare. -Un (1) examen adicional cada año para la prueba de Papanicolau y Exámenes Pélvicos, requiere precertificación.
27. EXÁMENES DE CÁNCER EN LA PRÓSTATA (PARA HOMBRES CON MEDICARE DE 50 AÑOS O MÁS)	\$0 copago por la prueba de Antígeno Específico Prostático (PSA, por sus siglas en inglés) y 20% de coaseguro para otros servicios relacionados.	\$0.00 copago para: -Exámenes de Cáncer en la Próstata cubiertos por Medicare.

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
	<p>20% de coaseguro por el examen digital rectal.</p> <p>Cubierto una vez al año para hombres con Medicare de 50 años o más. (2)</p>	<p>-Un (1) examen adicional cada año, requiere precertificación.</p>
<p>28. FALLO RENAL EN ETAPA TERMINAL (ESRD, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)</p>	<p>20% de coaseguro por servicios de diálisis. (1)(2)</p> <p>20% de coaseguro para Terapia Nutricional para fallo renal en etapa terminal. (1)(2)</p> <p>Terapia Nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedades del riñón (pero no están en diálisis o no han tenido un trasplante de riñón) cuando son referidos por el médico. Estos servicios pueden ser ofrecidos por un dietista registrado o que incluyan una evaluación nutricional y consejería para ayudarle a manejar su enfermedad de diabetes o del riñón.</p>	<p>\$0.00 copago para diálisis.</p> <p>\$0.00 copago para Terapia Nutricional para fallo renal en etapa terminal.</p> <p>Requiere precertificación para la Terapia Nutricional. Comuníquese con el plan para más información.</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
29. MEDICAMENTOS	<p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos.</p> <p>Usted puede añadir una cubierta de medicamentos al Medicare Original suscribiéndose a un Plan de Medicamentos de la Parte D, o usted puede obtener un Plan de Medicare que ofrezca una cubierta de medicamentos de la Parte D como “Medicare Advantage” o “Medicare Cost Plan”.</p>	<p>Medicamentos Cubiertos bajo la Parte B</p> <p>\$0.00 de copago por los medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos Cubiertos bajo la Parte D</p> <p>Este plan utiliza un Formulario o Lista de Medicamentos. Le enviaremos un Formulario o Lista de Medicamentos. Usted puede ver la lista completa en nuestro portal en la Internet www.ssspr.com.</p> <p>Las personas que tienen ingresos bajos o que viven en instalaciones de cuidado a largo plazo podrían tener desembolsos en efectivo más bajos.</p> <p>El plan ofrece una cubierta de farmacia dentro de la red de proveedores a nivel nacional. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por sus medicamentos si los obtiene en una farmacia dentro de la red que esté fuera del área de</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o suplidor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
MEDICAMENTOS, CONTINUACIÓN		<p>servicio del plan (por ejemplo cuando usted viaja).</p> <p>El total anual de los costos por medicamentos será el total de los costos por medicamentos que pagaron el plan y usted.</p> <p>En algunos casos, el plan requiere que usted utilice un medicamento para tratar su condición médica antes de que se cubra otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos tendrán cantidades máximas limitadas.</p> <p>Su proveedor debe obtener precertificación de Triple-S Salud para ciertos medicamentos.</p> <p>El plan pagará por ciertos medicamentos <i>Sin Leyenda Federal</i> (OTC, por sus siglas en inglés) como parte de su programa de manejo de utilización. Algunos medicamentos <i>Sin Leyenda Federal</i> (OTC, por sus siglas en inglés) son menos costosos que los medicamentos con</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o suplidor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
MEDICAMENTOS, CONTINUACIÓN		<p>receta y además trabajan de igual manera. Comuníquese con Triple-S Salud para más información.</p> <p>Usted debe ir a ciertas farmacias para obtener los medicamentos que requieren un manejo especializado, una coordinación con el proveedor o tienen requisitos de educación al paciente los cuales no pueden ser ofrecidos por la mayoría de las farmacias de la red. Estos medicamentos aparecen en el portal en la Internet, en la Lista de Medicamentos del plan y en el material impreso, además de estar incluidos en el <i>Medicare Prescription Drug Plan Finder</i> en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo del medicamento es menor a la cantidad del coaseguro/copago, usted pagará el costo del medicamento en vez del coaseguro/copago.</p> <p>Si usted solicita una excepción al Formulario o Lista de Medicamentos para un medicamento y Triple-S Salud</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o suplidor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
<p>DEDUCIBLE ANUAL</p> <p>CUBIERTA INICIAL</p> <p>ABASTECIMIENTO DE 15 DÍAS Y 30 DÍAS EN RED DE FARMACIAS PARTICIPANTES</p>		<p>le aprueba la excepción, usted pagará el copago correspondiente al Nivel 4/ Medicamentos No Preferidos para ése medicamento.</p> <p>\$0.00 deducible anual</p> <p>Algunos medicamentos cubiertos no cuentan para sus desembolsos en efectivo.</p> <p>Usted pagará los siguientes copagos por sus medicamentos hasta que alcance los \$2,830.</p> <p><u>15 y 30 días de abastecimiento</u></p> <p>Nivel 1- Medicamentos Genéricos \$5.00 de copago</p> <p>Nivel 2- Medicamentos Preferidos \$20.00 de copago</p> <p>Nivel 3- Medicamentos de Marca \$35.00 de copago</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
<p>ABASTECIMIENTO DE TRES MESES (90 DÍAS) EN FARMACIAS DENTRO DE LA RED Y EN FARMACIA DE ENVIO DE MEDICAMENTOS POR CORREO.</p>		<p>Nivel 4- Medicamentos No Preferidos \$ 35.00 de copago</p> <p>Nivel 5- Especializados 25% de coaseguro</p> <p>No todos los medicamentos en los niveles de copago están disponibles para suplido extendido. Comuníquese con el plan para más información.</p> <p><u>90 días de abastecimiento</u></p> <p>Nivel 1- Medicamentos Genéricos \$10.00 de copago</p> <p>Nivel 2- Medicamentos Preferidos \$40.00 de copago</p> <p>Nivel 3- Medicamentos de Marca \$70.00 de copago</p> <p>Nivel 4- Medicamentos No Preferidos \$ 70.00 de copago</p> <p>Nivel 5- Especializados 25% de coaseguro</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
<p>FARMACIAS DE CUIDADO A LARGO PLAZO ABASTECIMIENTO DE 31 DÍAS</p>		<p>No todos los medicamentos en los niveles de copago están disponibles para suministro extendido. Comuníquese con el plan para más información.</p> <p><u>31 días de abastecimiento</u></p> <p>Nivel 1- Medicamentos Genéricos \$5.00 de copago</p> <p>Nivel 2- Medicamentos Preferidos \$20.00 de copago</p> <p>Nivel 3- Medicamentos de Marca \$35.00 de copago</p> <p>Nivel 4- Medicamentos No Preferidos \$ 35.00 de copago</p> <p>Nivel 5- Especializados 25% de coaseguro</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
<p>CUBIERTA UNA VEZ ALCANCE SU LÍMITE DE CUBIERTA INICIAL</p> <p>ABASTECIMIENTO DE 15 DÍAS Y 30 DÍAS EN RED DE FARMACIAS PARTICIPANTES</p> <p>ABASTECIMIENTO DE TRES MESES (90 DÍAS) EN FARMACIAS DENTRO DE LA RED Y EN FARMACIA DE ENVÍO DE MEDICAMENTOS POR CORREO.</p>		<p>Este plan cubre algunos medicamentos genéricos (10% - 64% de la Lista de Medicamentos de Genéricos) bajo la cubierta en la Brecha</p> <p>Usted paga lo siguiente:</p> <p><u>15 y 30 días de abastecimiento</u></p> <p>Nivel 1- Medicamentos Genéricos \$5.00 de copago</p> <p>No todos los medicamentos en los niveles de copago están disponibles para suplido extendido. Comuníquese con el plan para más información.</p> <p><u>90 días de abastecimiento</u></p> <p>Nivel 1- Medicamentos Genéricos \$10.00 de copago</p> <p>No todos los medicamentos en los niveles de copago están disponibles para suplido extendido. Comuníquese con el plan para más información.</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
<p>FARMACIAS DE CUIDADO A LARGO PLAZO ABASTECIMIENTO DE 31 DÍAS</p> <p>CUBIERTA CATASTRÓFICA</p>		<p><u>31 días de abastecimiento</u></p> <p>Nivel 1- Medicamentos Genéricos \$5.00 de copago</p> <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos y luego de que el costo total anual por medicamentos (pagados por ambos, usted y su plan) llegue a \$2,830, usted paga el 100% de los costos hasta que su desembolso anual llegue a \$4,550.</p> <p>Luego de que su desembolso anual de dinero alcance los \$4,550, usted paga lo que sea mayor de:</p> <p>-\$2.50 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 de copago por los demás, o -5% de coaseguro</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
FUERA DE LA RED		<p>Fuera de la Red Los medicamentos pueden estar cubiertos en farmacias fuera de la red en circunstancias especiales: que usted se enferme mientras viaja fuera del área de servicio y no hayan farmacias de la red. Usted podría tener cargos adicionales a sus coaseguros/copagos si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar a la farmacia el costo total de medicamento y enviar la evidencia para solicitar el reembolso a Triple-S Salud.</p> <p>Comuníquese con el plan para más información.</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
30. SERVICIOS DENTALES	No están cubiertos los servicios dentales preventivos (como las limpiezas)	<p>\$0.00 copago para los beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0.00 copago para los beneficios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - exámenes orales, hasta 1 examen cada seis meses. - limpiezas, 1 cada seis meses. - tratamientos de fluoruro, 1 cada seis meses. - Rayos-X dentales <p>Hasta un máximo de \$1,000 para los servicios dentales preventivos cada dos años.</p> <p>Algunos servicios requieren precertificación. Comuníquese con el plan para más información.</p>
31. SERVICIOS DE AUDICIÓN	<p>No cubre los exámenes de audición rutinarios y aparatos auditivos.</p> <p>20% de coaseguro para los exámenes diagnósticos de audición. (1)(2)</p>	<p>\$0.00 copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare. <p>En general, los exámenes de audición rutinarios y aparatos auditivos no están cubiertos.</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
32. SERVICIOS DE VISIÓN	<p>20% de coaseguro para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo. (1)(2)</p> <p>No cubre los exámenes rutinarios y espejuelos.</p> <p>Medicare cubre un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata. (1)(2)</p> <p>Para personas con Medicare que estén en riesgo, cubre un examen anual de glaucoma. (1)(2)</p>	<p>\$0.00 copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -diagnósticos y tratamientos de enfermedades y condiciones del ojo -un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata <p>No cubre los exámenes rutinarios y espejuelos.</p> <p>Para personas con Medicare que estén en riesgo, cubre un examen anual de glaucoma.</p>
33. EXÁMENES FÍSICOS RUTINARIOS	<p>20% de coaseguro por un examen dentro de los primeros 12 meses de su nueva cubierta de la Parte B.</p> <p>Cuando usted obtiene la Parte B de Medicare, usted puede obtener un examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cubierta para la Parte B. La cubierta no incluirá exámenes de laboratorio. (1)(2)</p>	<p>\$0.00 copago para los exámenes físicos rutinarios.</p> <p>Cubre hasta 1 examen por año.</p>

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios de estos planes o sus costos, llame a **Triple-S Salud** al (787) 774-6083 o libre de cargos al 1-800-510-0722 para detalles. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	AUXILIO PLATINO CLÁSICO (HMO)
34. EDUCACIÓN EN SALUD/ BIENESTAR	<p>Consejería para dejar de Fumar. (1)(2)</p> <p>Los servicios son cubiertos si han sido ordenados por un Médico. Cubre dos intentos en un periodo de 12 meses, si le han diagnosticado con una enfermedad relacionada con el cigarrillo o si está tomando un medicamento cuyo efecto pueda verse alterado por el tabaco. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en persona. Usted paga el coaseguro y el deducible de la Parte B.</p>	<p>\$0.00 copago por :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material Educativo de Salud, incluyendo boletines - Adiestramiento Nutricional - Dejar de Fumar - Línea de Enfermería - Otros servicios para el bienestar de la salud
35. TRANSPORTACIÓN (RUTINA)	No cubre	Este plan no cubre transportación de rutina
36. ACUPUNTURA	No cubre	Este plan no cubre acupuntura

- (1) Durante el 2009 usted pagó un deducible anual total de \$135, esta cantidad cambiará para el 2010.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos son frecuentemente más altos, lo que significa que usted paga más.
- (3) Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital o una facilidad de enfermería diestra. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que su período de beneficio terminó, un nuevo período de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted puede tener.
- (4) Los días de reserva de por vida pueden ser usados una sola vez.