

Introducción del Resumen de Beneficios de
Triple-S Medicare Óptimo (PPO) and Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO)
1 de enero de 2011 – 31 de diciembre de 2011
PUERTO RICO

Gracias por su interés en Triple-S Medicare Óptimo (PPO). Nuestros planes Medicare Advantage son ofrecidos por Triple-S Salud, una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, 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, favor de llamar a Triple-S Salud y preguntar 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 son los planes de salud de Medicare como Triple-S Medicare Óptimo (PPO) y Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO). Usted también puede tener otras opciones. Usted es quien decide. No importa lo que usted decida, usted continuará siendo beneficiario del Programa de Medicare.

Usted podrá suscribirse o darse de baja del plan solamente durante ciertas fechas al año. Favor de llamar 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. Personas con impedimentos auditivos y/o del habla (TTY/TDD) deben llamar al 1-877-486-2048. Nuestros números están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Usted puede comparar Triple-S Medicare Óptimo (PPO) y Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO) 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 cubren nuestros planes 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 que pueden cambiar de año en año.

¿DÓNDE ESTÁN DISPONIBLES TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO y TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS?

El área de servicio para estos Planes incluye todos los municipios de Puerto Rico: Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa y Yauco. Usted debe vivir en uno de estos municipios para suscribirse a uno de nuestros planes.

Introducción del Resumen de Beneficios de
Triple-S Medicare Óptimo (PPO) and Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO)
1 de enero de 2011 – 31 de diciembre de 2011
PUERTO RICO

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA SUSCRIBIRSE A LOS PLANES DE TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO (PPO) O TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS (PPO)?

Usted puede suscribirse al Plan Triple-S Medicare Óptimo (PPO) o Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO) 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 generalmente no son elegibles para suscribirse a Triple-S Medicare Óptimo (PPO) y Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO), a menos que sean asegurados de nuestra organización desde que comenzaron a recibir el plan con cubierta de diálisis, o han estado desde su inicio bajo diálisis.

¿PUEDO ESCOGER MIS MÉDICOS?

Triple-S Salud tiene una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted puede solicitar servicios de cualquier médico que sea parte de nuestra red. Usted también puede visitar médicos que no pertenezcan a 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 de Internet en www.ssspr.com. Nuestro número de Servicio al Cliente aparece al final de esta introducción.

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

Usted puede visitar médicos, especialistas y hospitales dentro y fuera de nuestra red. Usted tendrá que pagar más por los servicios que reciba fuera de la red y tendrá que seguir directrices especiales antes de obtener servicios tanto dentro como fuera de la red. Para más información, llame al número de teléfono que aparece al final de esta introducción.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS SI ME SUSCRIBO A TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS?*

Triple-S Salud tiene una red de farmacias. Usted debe utilizar una farmacia dentro de nuestra 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 situaciones limitadas. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede solicitar un Directorio de la Red de Farmacias actualizado o visitarnos en nuestro portal de Internet en www.ssspr.com. Nuestros números telefónicos de Servicio al Cliente aparecen al final de esta introducción.

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

Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO) cubre, los medicamentos de la Parte B y de la Parte D. Triple-S Medicare Óptimo (PPO) sólo cubre los medicamentos de la Parte B de Medicare.

* La cubierta de farmacia de Medicare está disponible sólo para asegurados de Triple-S Medicare Optimo Plus (PPO).

Introducción del Resumen de Beneficios de
Triple-S Medicare Óptimo (PPO) and Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO)
1 de enero de 2011 – 31 de diciembre de 2011
PUERTO RICO

¿QUÉ ES UN FORMULARIO O LISTA DE MEDICAMENTOS?*

Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO) utiliza un Formulario o Lista de Medicamentos. Un Formulario o Lista de Medicamentos es una lista de los medicamentos cubiertos por su plan, los cuales han sido seleccionados para satisfacer sus necesidades en medicamentos. 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, Triple-S Salud notificará, a los asegurados afectados antes de que el cambio sea efectivo. Le enviaremos una copia del Formulario o Lista de Medicamentos completo o también puede ver el Formulario o Lista de Medicamentos en 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 obtener más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL PARA CUBRIR MIS COSTOS DE MEDICAMENTOS? O OBTENER AYUDA ADICIONAL PARA CUBRIR OTROS COSTOS DE MEDICARE*

Es posible que usted pueda obtener ayuda adicional para pagar, los costos del Plan de Farmacia de Medicare y costos de farmacia al igual que obtener ayuda con otros costos de Medicare. Para verificar si cualifica para ayuda adicional, llame a:

- 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana, y visitar www.medicare.gov para ver la sección 'Programas para Personas con Recursos e Ingresos Limitados' en la publicación Medicare y Usted.
- Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778, o a
- Su oficina estatal de Medicaid.

¿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 90 días antes de que su cubierta termine. La carta le explicará sus opciones de cubierta con Medicare en su área.

Como asegurado del Plan Triple-S Medicare Óptimo (PPO) o Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO), usted tiene el derecho de solicitar una determinación de organización, la cual incluye el derecho de solicitar una apelación, si le denegamos la cubierta de un artículo o servicio y el derecho de someter una querrela. Usted

Introducción del Resumen de Beneficios de
Triple-S Medicare Óptimo (PPO) and Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO)
1 de enero de 2011 – 31 de diciembre de 2011
PUERTO RICO

tiene el derecho de solicitar una determinación de organización si desea que proveamos o paguemos por un artículo o servicio que usted entienda debamos cubrir. Si denegamos cubierta para un artículo o servicio que usted haya solicitado, usted tiene el derecho de apelar y solicitarnos que revisemos nuestra decisión. Usted puede solicitarnos por una determinación de cubierta rápida o apelación si usted entiende que esperar por una decisión puede poner su vida o su salud a riesgo o puede afectar su habilidad para recuperar función máxima. Si su doctor realiza o apoya la solicitud expedita o rápida, nosotros debemos acelerar nuestra decisión. Finalmente, usted tiene derecho a someter una querrela con nosotros si usted tiene algún problema con nosotros o uno de nuestros proveedores de la red siempre y cuando no esté relacionado con la cubierta de 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 Triple-S Medicare Optimo Plus (PPO), usted tiene derecho de solicitar una determinación de cubierta la cual incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho de solicitar una apelación si denegamos cubierta para un medicamento y el derecho a someter una querrela. Usted tiene el derecho a solicitar una determinación de cubierta si usted interesa que cubramos un medicamento de la Parte D que usted entienda debamos cubrir. Una excepción es una determinación de cubierta. Usted puede solicitarnos una excepción si usted entiende que usted necesita un medicamento que no esté en nuestro Formulario o Lista de medicamentos o entiende que usted debe obtener un medicamento no preferido a un costo o copago menor. Usted también puede solicitar una excepción a las reglas de utilización de costos tal como en el límite en la cantidad de medicamento. Si usted cree que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de obtener su receta en una farmacia. Su médico debe proveernos un escrito apoyando su solicitud de excepción. Si le negamos la cubierta de su(s) medicamento(s), usted tiene el derecho de apelar y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Por último, usted tiene el derecho de someter una querrela si tiene algún problema con nosotros o con una farmacia de nuestra red de proveedores que no envuelva la cubierta de un medicamento. Si su problema es relacionado a calidad de servicio, usted también tiene el derecho a radicar 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 escogido para participar en un programa diseñado para sus necesidades de salud y farmacia. Usted puede decidir no participar, pero se recomienda que aproveche al máximo este beneficio cubierto si le escogen para participar. Comuníquese con Triple-S Salud para más detalles.

* La cubierta de farmacia de Medicare está disponible sólo para asegurados de Triple-S Medicare Optimo Plus (PPO).

Introducción del Resumen de Beneficios de
Triple-S Medicare Óptimo (PPO) and Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO)
1 de enero de 2011 – 31 de diciembre de 2011
PUERTO RICO

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

Los medicamentos 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.
- 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, en una facilidad certificada por Medicare.
- 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.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LA CLASIFICACIÓN DEL PLAN?

El Programa de Medicare evalúa y clasifica cuán 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 comparar las clasificaciones de los planes de Medicare en su área. También nos puede contactar directamente para obtener una copia sobre las clasificaciones de este plan. Nuestros números de Servicios al Cliente están enlistados abajo.

Introducción del Resumen de Beneficios de
Triple-S Medicare Óptimo (PPO) and Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO)
1 de enero de 2011 – 31 de diciembre de 2011
PUERTO RICO

SI DESEA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE ESTOS PLANES PUEDE LLAMAR A TRIPLE-S SALUD.

Visite nuestra página www.ssspr.com o llámenos:

HORARIO DE SERVICIOS AL CLIENTE PARA ASEGURADOS:

Lunes a Domingo: 8:00 a.m. - 8:00 p.m.

(787) 774-6083 en área metro ó **1 (800)-510-0722** libre de cargos para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage y el Programa de Medicamentos de Parte D de Medicare.
TTY/TDD **(787) 749-4059** en área metro ó **1(800)-383-4457** libre de cargos

HORARIO DE SERVICIOS AL CLIENTE PARA PROSPECTOS:

1 (877)-207-8777 libre de cargos para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage y el Programa de Medicamentos de Parte D de Medicare.
TTY/TDD **(787) 749-4059** en 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 la página de Internet www.medicare.gov

This document may be available in a different format, including in English. For additional information, call Customer Service at the numbers listed above.

Si usted tiene alguna duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
<p>1. PRIMA Y OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE</p>	<p>En 2010 la prima mensual de la Parte B de Medicare era \$96.40 y cambiará para el 2011 y el deducible anual de la Parte B era de \$155 (2) y cambiará para el 2011.</p> <p>La mayoría de las personas pagarán la prima estándar mensual por la Parte B. Sin embargo, comenzando el 1 de enero de 2011, algunas personas pagarán una prima mayor que dependerá de su ingreso anual (sobre \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas. Estas cantidades cambiarán para el 2011)</p> <p>Para más información sobre</p>	<p>\$0.00 prima mensual por el plan en adición a su prima mensual por la Parte B de Medicare.</p> <p>Para 2011 Triple-S Óptimo reducirá \$30.00 mensuales de su prima de la Parte B de Medicare*</p> <p>*Este beneficio requiere coordinación con la Administración del Seguro Social. Esto podría tomar un tiempo hasta que vea una cantidad adicional en su cheque. Una vez se procese la solicitud, usted verá en su cheque el pago retroactivo a la fecha en que se suscribió al plan. Entonces, usted recibirá un crédito mensual correspondiente a la prima de la Parte B.</p>	<p>\$24.00 prima mensual por el plan en adición a su prima mensual por la Parte B de Medicare.</p> <p>Dentro de la Red Límite de desembolso es de \$6,700</p> <p>Este límite solamente incluye los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Dentro y Fuera de la Red Límite de desembolso es de \$10,000</p> <p>Para Dentro y fuera de la Red: Este límite solamente incluye los servicios cubiertos por Medicare.</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, está cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
	<p>las Primas de la Parte B basadas por el ingreso, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY/TDD llamen al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY/TDD deberán llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>Dentro de la Red Límite de desembolso es de \$6,700</p> <p>Este límite solamente incluye los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Dentro y Fuera de la Red Límite de desembolso es de \$10,000</p> <p>Para Dentro y fuera de la Red: Este límite solamente incluye los servicios cubiertos por Medicare.</p>	
<p>2. SELECCIÓN DE MÉDICO Y HOSPITAL</p> <p>(Para más información, ver Emergencia - #15 y Cuidado Necesario de Urgencia -#16.)</p>	<p>Usted puede visitar cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Usted no necesita referidos para visitar médicos, especialistas y hospitales dentro de la red.</p> <p>Dentro y Fuera de la Red Usted puede visitar médicos,</p>	<p>Usted no necesita referidos para visitar médicos, especialistas y hospitales dentro de la red.</p> <p>Dentro y Fuera de la Red Usted puede visitar médicos,</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, está cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		especialistas y hospitales dentro o fuera de la red. Le costará más obtener los beneficios fuera de la Red.	especialistas y hospitales dentro o fuera de la red. Le costará más obtener los beneficios fuera de la Red.
CUIDADO HOSPITALARIO			
3. CUIDADO HOSPITALARIO (incluye Abuso de Sustancias y Servicios de Rehabilitación)	En el 2010 las cantidades por cada período de beneficio eran las siguientes (3): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 60: deducible de \$1,100 ▪ Días 61 - 90: \$275 por cada día ▪ Días 91 - 150: \$550 por cada día de reserva por vida (4) Estas cantidades cambiarán para el 2011. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre los días de reserva de por vida. (4)	\$25.00 de copago para los servicios de hospitalización recibidos en un hospital cubierto por Medicare. \$0 copagos por días adicionales de estadía en hospital. Excepto en casos de emergencia, su proveedor debe indicarle al Plan sobre su admisión al hospital. Usted está cubierto por una cantidad ilimitada de días por cada período de beneficio. 20% de coaseguro por cada admisión en un hospital <i>fuera de la red.</i>	\$25.00 de copago para los servicios de hospitalización recibidos en un hospital cubierto por Medicare. \$0 copagos por días adicionales de estadía en hospital. Excepto en casos de emergencia, su proveedor debe indicarle al Plan sobre su admisión al hospital. Usted está cubierto por una cantidad ilimitada de días por cada período de beneficio. 20% de coaseguro por cada admisión en un hospital <i>fuera de la red.</i>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, está cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		<p>Requiere una precertificación para cirugías reconstructivas y algunos procedimientos que están reconocidos para cuidado ambulatorio y que por razones médicas requieren otro nivel de cuidado. Además, se requiere precertificación para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Litotricia • Radiocirugía estereotáxica • Radiocirugía estereotáxica robótica, • Electroencefalograma de 24 horas • Implante Coclear • Grabadora de eventos cardíacos <p>Comuníquese con el plan para detalles.</p>	<p>Requiere una precertificación para cirugías reconstructivas y algunos procedimientos que están reconocidos para cuidado ambulatorio y que por razones médicas requieren otro nivel de cuidado. Además, se requiere precertificación para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Litotricia • Radiocirugía estereotáxica • Radiocirugía estereotáxica robótica, • Electroencefalograma de 24 horas • Implante Coclear • Grabadora de eventos cardíacos <p>Comuníquese con el plan para detalles.</p>
4. CUIDADO HOSPITALARIO DE SALUD MENTAL	Usted paga el mismo deducible y copagos de cuidado hospitalario (descrito anteriormente bajo “CUIDADO	\$25.00 de copago para los servicios de hospitalización recibidos en un hospital cubierto por Medicare.	\$25.00 de copago para los servicios de hospitalización recibidos en un hospital cubierto por Medicare.

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 facultad 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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
	<p>HOSPITALARIO) Para servicios en un hospital psiquiátrico aplica un límite de por vida de 190 días.</p>	<p>\$0 copago para días adicionales en el hospital.</p> <p>Comuníquese con el plan para detalles sobre los beneficios en un Hospital Psiquiátrico después de los 190 días.</p> <p>20% de coaseguro por cada admisión en un hospital <i>fuera de la red</i>.</p>	<p>\$0 copago para días adicionales en el hospital.</p> <p>Comuníquese con el plan para detalles sobre los beneficios en un Hospital Psiquiátrico después de los 190 días.</p> <p>20% de coaseguro por cada admisión en un hospital <i>fuera de la red</i>.</p>
<p>5. FACILIDAD DE ENFERMERÍA DIESTRA (en una facilidad de enfermería diestra certificada por Medicare)</p>	<p>En el 2010 usted pagaba por cada período de beneficio después de una estadía mínima de tres (3) días de cubierta en el Hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 20: \$0 por cada día ▪ Días 21 - 100: \$137.50 por cada día <p>Estas cantidades cambiarán para el 2011.</p>	<p>Requiere Precertificación.</p> <p>\$0.00 copago para los servicios recibidos en una Facilidad de Enfermería Diestra.</p> <p>Usted está cubierto hasta 120 días por cada período de beneficio. (3)</p> <p>No se requiere estadía previa en el hospital.</p> <p>20% del costo por</p>	<p>Requiere Precertificación.</p> <p>\$0.00 copago para los servicios recibidos en una Facilidad de Enfermería Diestra.</p> <p>Usted está cubierto hasta 120 días por cada período de beneficio. (3)</p> <p>No se requiere estadía previa en el hospital.</p> <p>20% del costo por</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
	Hasta 100 días por cada período de beneficio. (3)	los servicios en una facilidad de enfermería diestra <i>fuera de la red.</i>	los servicios en una facilidad de enfermería diestra <i>fuera de la red.</i>
6. CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR (Incluye cuidado intermitente de enfermería diestra médicamente necesario, servicios en el hogar de ayudantes en la salud, servicios de rehabilitación, etc.)	\$0.00 copago	Requiere precertificación. \$0.00 copago por las visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare. 20% para las visitas de salud en el hogar fuera de la red.	Requiere precertificación. \$0.00 copago por las visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare. 20% para las visitas de salud en el hogar fuera de la red.
7. HOSPICIO	Usted paga parte del costo de los medicamentos recetados de forma ambulatoria y del cuidado de relevo hospitalario. Usted debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.	Usted debe recibir el cuidado en un hospicio certificado por Medicare.	Usted debe recibir el cuidado en un hospicio certificado por Medicare.
CUIDADO AMBULATORIO			
8. VISITAS A OFICINAS MÉDICAS	20% de coaseguro (1)(2)	Véase #33 – para más información sobre exámenes físicos rutinarios. Medicare cubre la prueba de HIV para	Véase #33 – para más información sobre exámenes físicos rutinarios. Medicare cubre la prueba de HIV para

(1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.

(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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		<p>personas con Medicare que están embarazadas y para persona de alto riesgo de infección, incluyendo cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta 3 veces durante el embarazo. Comuníquese con el plan para más información.</p> <p>\$0.00 copago por las visitas médicas al generalista, internista, médico de familia, geriatras y ginecólogo/obstetra.</p> <p>\$0.00 copago por el costo de una visita cubierta por Medicare para cuidado de urgencia dentro de la red.</p> <p>\$5.00 copago por las visitas a especialistas para servicios</p>	<p>personas con Medicare que están embarazadas y para persona de alto riesgo de infección, incluyendo cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta 3 veces durante el embarazo. Comuníquese con el plan para más información.</p> <p>\$0.00 copago por las visitas médicas al generalista, internista, médico de familia, geriatras y ginecólogo/obstetra.</p> <p>\$0.00 copago por el costo de una visita cubierta por Medicare para cuidado de urgencia dentro de la red.</p> <p>\$5.00 copago por las visitas a especialistas para servicios</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		<p>cubiertos por Medicare.</p> <p>\$10.00 copago por las visitas a médicos subespecialistas para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>20% coaseguro por las visitas al médico de cabecera <i>fuera de la red</i>.</p> <p>20% coaseguro por las visitas a especialistas <i>fuera de la red</i>.</p>	<p>cubiertos por Medicare.</p> <p>\$10.00 copago por las visitas a médicos subespecialistas para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>20% coaseguro por las visitas al médico de cabecera <i>fuera de la red</i>.</p> <p>20% coaseguro por las visitas al especialistas <i>fuera de la red</i>.</p>
9. SERVICIOS QUIROPRACTICOS	<p>No cubre cuidado rutinario.</p> <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>\$ 0.00 copago por cada visita cubierta 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; si el mismo es</p>	<p>\$ 0.00 copago por cada visita cubierta 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; si el mismo es</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, está cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		realizado por un quiropráctico o algún otro proveedor cualificado. 25% del costo por los servicios quiroprácticos <i>fuera de la red.</i>	realizado por un quiropráctico o algún otro proveedor cualificado. 25% del costo por los servicios quiroprácticos <i>fuera de la red.</i>
10. SERVICIOS DE PODIATRÍA	No cubre cuidado rutinario. 20% de coaseguro para cuidado del pie médicamente necesario, incluyendo cuidado para condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. (1)(2)	\$0.00 copago para las visitas cubiertas por Medicare. Sin límite de visitas rutinarias al podiatra. Los servicios de Podiatría cubiertos por Medicare son para el cuidado del pie médicamente necesario. 25% del costo por los servicios de Podiatría <i>fuera de la red.</i>	\$0.00 copago para las visitas cubiertas por Medicare. Sin límite de visitas rutinarias al podiatra. Los servicios de Podiatría cubiertos por Medicare son para el cuidado del pie médicamente necesario. 25% del costo por los servicios de Podiatría <i>fuera de la red.</i>
11. CUIDADO AMBULATORIO DE SALUD MENTAL	45% de coaseguro para el cuidado ambulatorio de salud mental. (1)(2)	\$10.00 copago para las visitas individuales o terapia de grupo de Salud Mental cubiertos por Medicare. 20% del costo por	\$10.00 copago para las visitas individuales o terapia de grupo de Salud Mental cubiertos por Medicare. 20% del costo por

(1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.

(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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		los servicios de Salud Mental con psiquiatras <i>fuera de la red</i> . 25% del costo por los servicios de Salud Mental <i>fuera de la red</i> .	los servicios de Salud Mental con psiquiatras <i>fuera de la red</i> . 25% del costo por los servicios de Salud Mental <i>fuera de la red</i> .
12. CUIDADO AMBULATORIO DE ABUSO DE SUSTANCIAS	20% de coaseguro (1)(2)	\$10.00 copago por cada visita individuales o terapias de grupo para los servicios cubiertos por Medicare de abuso de sustancias. 25% del costo por los servicios ambulatorios de abuso de sustancias <i>fuera de la red</i> .	\$10.00 copago por cada visita individuales o terapias de grupo para los servicios cubiertos por Medicare de abuso de sustancias. 25% del costo por los servicios ambulatorios de abuso de sustancias <i>fuera de la red</i> .
13. SERVICIOS AMBULATORIOS/ CIRUGÍA	20% de coaseguro para el médico. (1)(2) Copago especificado para los cargos de facilidades hospitalarias ambulatorias. El copago no puede pasar el deducible para pacientes hospitalizados de la	Requiere precertificación para algunos procedimientos. \$25.00 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. \$25.00 copago por cada visita a una facilidad hospitalaria	Requiere precertificación para algunos procedimientos. \$25.00 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. \$25.00 copago por cada visita a una facilidad hospitalaria

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
	<p>Parte A.</p> <p>20% de coaseguro por los cargos de facilidades quirúrgicas ambulatorias. (1)(2)</p>	<p>ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>20% del costo por los beneficios en un centro de cirugía ambulatoria <i>fuera de la red</i>.</p> <p>20% del costo por los servicios ambulatorios en una facilidad hospitalaria <i>fuera de la red</i>. Requiere precertificación para: - Implante Coclear - Grabadora de eventos cardíacos</p>	<p>ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>20% del costo por los beneficios en un centro de cirugía ambulatoria <i>fuera de la red</i>.</p> <p>20% del costo por los servicios ambulatorios en una facilidad hospitalaria <i>fuera de la red</i>. Requiere precertificación para: - Implante Coclear - Grabadora de eventos cardíacos</p>
14. SERVICIOS DE AMBULANCIA (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	20% de coaseguro (1)(2)	<p>\$0.00 copago para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % del costo por los beneficios de ambulancia <i>fuera de la red</i>.</p>	<p>\$0.00 copago para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % del costo por los beneficios de ambulancia <i>fuera de la red</i>.</p>
15. CUIDADO DE EMERGENCIA (Usted puede visitar cualquier sala de emergencia si razonablemente piensa que necesita)	<p>20% coaseguro por los cargos médicos. (1)(2)</p> <p>Copago especificado para los cargos de sala de emergencia</p>	<p>\$25.00 copago por cada visita a sala de emergencia cubierta por Medicare.</p> <p>Usted tiene hasta \$100 cada año por</p>	<p>\$25.00 copago por cada visita a sala de emergencia cubierta por Medicare.</p> <p>Usted tiene hasta \$100 cada año por</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
cuidado de emergencia)	<p>en facilidades hospitalarias ambulatorias.</p> <p>El copago de sala de emergencia no puede pasar el deducible para pacientes hospitalizados de la Parte A.</p> <p>Usted no tiene que pagar la visita a la sala de emergencia, si es admitido al hospital por la misma condición dentro de los 3 días previos a la visita a la sala de emergencia.</p> <p>No cubre fuera de los Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p>los servicios de sala de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Si usted es admitido al hospital dentro de 24 horas por la misma condición o llama primero a Teleconsulta y le aconsejan que visite una sala de emergencia, usted pagará \$0.00 por la visita a la sala de emergencia.</p>	<p>los servicios de sala de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Si usted es admitido al hospital dentro de 24 horas por la misma condición o llama primero a Teleconsulta y le aconsejan que visite una sala de emergencia, usted pagará \$0.00 por la visita a la sala de emergencia.</p>
<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>	<p>20% de coaseguro o el copago aplicable. (1)(2)</p> <p>No cubre fuera de los Estados Unidos, excepto bajo circunstancias</p>	<p>\$25.00 copago por cada visita para cuidado necesario de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>Si usted es admitido al hospital dentro de</p>	<p>\$25.00 copago por cada visita para cuidado necesario de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>Si usted es admitido al hospital dentro de</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
	limitadas.	24 horas por la misma condición o llama primero a Teleconsulta y le aconsejan que visite una sala de emergencia por la misma condición, usted pagará \$0.00 por la visita a la sala de emergencia.	24 horas por la misma condición o llama primero a Teleconsulta y le aconsejan que visite una sala de emergencia por la misma condición, usted pagará \$0.00 por la visita a la sala de emergencia.
17. SERVICIOS AMBULATORIOS DE REHABILITACIÓN (Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla y Lenguaje, Servicios de Terapia Respiratoria, Servicios Psicológicas /Social y mas)	20% de coaseguro (1)(2)	Requiere precertificación. \$0.00 copago por cada visita de Terapia Ocupacional cubierta por Medicare. \$0.00 copago por cada visita de Terapia Física y/o Terapia del Habla/ Lenguaje cubierta por Medicare. \$0.00 copago por servicios de Rehabilitación Cardíaca. 25% del costo por los beneficios de Terapia	Requiere precertificación. \$0.00 copago por cada visita de Terapia Ocupacional cubierta por Medicare. \$0.00 copago por cada visita de Terapia Física y/o Terapia del Habla/ Lenguaje cubierta por Medicare. \$0.00 copago por servicios de Rehabilitación Cardíaca. 25% del costo por los beneficios de Terapia

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 facultad 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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		Ocupacional. 25% del costo por visitas de Terapia Física y/o Terapia del Habla/ Lenguaje <i>fuera de la red.</i> 25% del costo por servicios de Rehabilitación Cardíaca <i>fuera de la red.</i>	Ocupacional. 25% del costo por visitas de Terapia Física y/o Terapia del Habla/ Lenguaje <i>fuera de la red.</i> 25% del costo por servicios de Rehabilitación Cardíaca <i>fuera de la red.</i>
SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS AMBULATORIOS			
18. EQUIPO MEDICO DURADERO (Incluye sillones de rueda, oxígeno, etc.)	20% de coaseguro (1)(2)	Requiere precertificación para estos servicios. \$0.00 copago para los artículos cubiertos por Medicare. 20% del costo por el equipo médico duradero comprado fuera de la red.	Requiere precertificación para estos servicios. \$0.00 copago para los artículos cubiertos por Medicare. 20% del costo por el equipo médico duradero comprado fuera de la red.
19. APARATOS PROSTÉTICOS (Incluye abrazaderas, ojos y extremidades artificiales, etc.)	20% de coaseguro (1)(2)	Requiere precertificación. \$0.00 copago por cada artículo cubierto por Medicare. 20% del costo por	Requiere precertificación. \$0.00 copago por cada artículo cubierto por Medicare. 20% del costo por

(1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.

(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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		los aparatos protéticos comprados fuera de la red.	los aparatos protéticos comprados fuera de la red.
20. ADIESTRAMIENTO PARA EL AUTO-MANEJO DE LA DIABETES Y SUMINISTROS (incluye cubierta para monitores de glucosa, tirillas de prueba, lancetas, pruebas de cernimiento y el adiestramiento para el auto-manejo)	20% de coaseguro 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. (1)(2)	Requiere precertificación. \$0.00 copago por el Adiestramiento para el Auto-Manejo de la Diabetes. \$0.00 copago por Terapia Nutricional para Diabetes. \$0.00 copago por cada Suministro de Diabetes. 20% del costo por cada Suministro de Diabetes comprado fuera de la red. 25% del costo por el Adiestramiento para el Auto-Manejo de la Diabetes <i>fuera de la red.</i> 25% del costo por Terapia Nutricional para Diabetes <i>fuera de la red.</i>	Requiere precertificación. \$0.00 copago por el Adiestramiento para el Auto-Manejo de la Diabetes. \$0.00 copago por Terapia Nutricional para Diabetes. \$0.00 copago por cada Suministro de Diabetes. 20% del costo por cada Suministro de Diabetes comprado fuera de la red. 25% del costo por el Adiestramiento para el Auto-Manejo de la Diabetes <i>fuera de la red.</i> 25% del costo por Terapia Nutricional para Diabetes <i>fuera de la red.</i>
21. PRUEBAS	20% de coaseguro	\$0.00 copago para	\$0.00 copago para

(1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.

(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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
DIAGNOSTICAS, RAYOS-X, SERVICIOS DE LABORATORIOS Y SERVICIOS DE RADIOLOGÍA	<p>para los exámenes y procedimientos diagnósticos y rayos-X. (1)(2)</p> <p>\$0.00 copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>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</p>	<p>los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 en copago(s) para exámenes, procedimientos diagnósticos, servicios radiológicos, servicios radiológicos terapéuticos, terapias de radiación y Rayos X cubiertos por Medicare</p> <p>\$10 de copago(s) por CT's, MRI's, MRA's, SPECT, PET Scan y Medicina Nuclear.</p> <p>20% del costo por cada procedimiento diagnóstico, examen y servicio de laboratorio.</p> <p>20% del costo por rayos X ambulatorios <i>fuera de la red.</i></p> <p>20% del costo por</p>	<p>los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 en copago(s) para exámenes, procedimientos diagnósticos, servicios radiológicos, servicios radiológicos terapéuticos, terapias de radiación y Rayos X cubiertos por Medicare</p> <p>\$10 de copago(s) por CT's, MRI's, MRA's, SPECT, PET Scan y Medicina Nuclear.</p> <p>20% del costo por cada procedimiento diagnóstico, examen y servicio de laboratorio.</p> <p>20% del costo por rayos X ambulatorios <i>fuera de la red.</i></p> <p>20% del costo por</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
<p>CONT. PRUEBAS DIAGNOSTICAS, RAYOS-X, SERVICIOS DE LABORATORIOS Y SERVICIOS DE RADIOLOGÍA</p>	<p>diagnosticar o descartar alguna sospecha de enfermedad o condición. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de rutina, como por ejemplo el verificar su colesterol.</p> <p>\$0.00 copago para la prueba de HIV, pero generalmente usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica. Medicare cubre la prueba de VIH para personas con Medicare que están embarazadas y para personas de alto riesgo de infección, incluyendo cualquiera que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta 3 veces durante al embarazo</p>	<p>servicio radiológico terapéutico (terapias de radiación). <i>fuera de la red.</i></p> <p>20% del costo por servicios radiológicos para diagnóstico <i>fuera de la red.</i></p> <p>Requiere precertificación para estos servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PET, ▪ MRI, ▪ MRA, ▪ CT, ▪ SPECT, ▪ Medicina nuclear ▪ Radiocirugía estereotáxica ▪ Radiocirugía estereotáxica ▪ Radiocirugía estereotáxica ▪ Radiocirugía estereotáxica robótica, ▪ Electroencefalograma de 24 horas ▪ Implante Coclear ▪ Grabadora de eventos cardíacos ▪ Radioterapia de 	<p>servicio radiológico terapéutico (terapias de radiación). <i>fuera de la red.</i></p> <p>20% del costo por servicios radiológicos para diagnóstico <i>fuera de la red.</i></p> <p>Requiere precertificación para estos servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PET, ▪ MRI, ▪ MRA, ▪ CT, ▪ SPECT, ▪ Medicina nuclear ▪ Radiocirugía estereotáxica ▪ Radiocirugía estereotáxica ▪ Radiocirugía estereotáxica ▪ Radiocirugía estereotáxica robótica, ▪ Electroencefalograma de 24 horas ▪ Implante Coclear ▪ Grabadora de eventos cardíacos ▪ Radioterapia de

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		intensidad modulada (IMRT en inglés) Comuníquese con el plan para detalles.	intensidad modulada (IMRT en inglés) Comuníquese con el plan para detalles.
SERVICIOS PREVENTIVOS			
22. DENSITOMETRÍA ÓSEA (para personas con Medicare que estén en riesgo)	No copago, coaseguro o deducible. 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. 20% del costo por cada Densitometría Ósea <i>fuera de la red.</i>	\$0.00 copago por cada Densitometría Ósea cubierta por Medicare. 20% del costo por cada Densitometría Ósea <i>fuera de la red.</i>
23. EXÁMENES DE CÁNCER COLORECTAL (para personas con Medicare de 50 años o más)	Cubierto cuando está en alto riesgo o cuando usted tiene más de 50 años de edad.(2)	\$0.00 copago para los Exámenes de Cáncer Colorectal cubiertos por Medicare. 20% del costo por cada Examen de Cáncer Colorectal <i>fuera de la red.</i>	\$0.00 copago para los Exámenes de Cáncer Colorectal cubiertos por Medicare. 20% del costo por cada Examen de Cáncer Colorectal <i>fuera de la red.</i>
24. INMUNIZACIONES (Vacuna de Influenza, vacuna de Hepatitis B- para	\$0.00 copago para las vacunas de Neumococo, Influenza y Hepatitis B	\$0.00 copago para las vacunas de Neumococo e Influenza.	\$0.00 copago para las vacunas de Neumococo e Influenza. \$0.00 copago para la

(1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.

(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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
personas con Medicare que estén en riesgo, vacuna de Neumococo)	Usted puede sólo necesitar la vacuna de Neumococo una vez en su vida. Comuníquese con su médico para más información.	\$0.00 copago para la vacuna de Hepatitis B. No se necesita referido para las vacunas de Neumococo e Influenza. 20% del costo por cada inmunización <i>fuera de la red.</i>	vacuna de Hepatitis B. No se necesita referido para las vacunas de Neumococo e Influenza. 20% del costo por cada inmunización <i>fuera de la red.</i>
25. MAMOGRAFÍAS (EXAMEN ANUAL) (para mujeres con Medicare de 40 años o más)	No coaseguro, copago o deducible 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 las Mamografías cubiertas por Medicare. 20% del costo por cada Mamografía <i>fuera de la red.</i>	\$0.00 copago para las Mamografías cubiertas por Medicare. 20% del costo por cada Mamografía <i>fuera de la red.</i>
26. PRUEBA DE PAPANICOLAU Y EXÁMENES PÉLVICOS (para mujeres con Medicare)	No coaseguro, copago, o deducible para la prueba de Papanicolau. Cubierta una (1) vez cada dos (2) años. Cubierta Anualmente para las	\$0.00 copago para la Prueba de Papanicolau y Exámenes Pélvicos cubiertos por Medicare. 20% del costo por cada Prueba de Papanicolau y	\$0.00 copago para la Prueba de Papanicolau y Exámenes Pélvicos cubiertos por Medicare. 20% del costo por cada Prueba de Papanicolau y

(1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, está cantidad podría cambiar para el 2011.

(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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
	beneficiarias de Medicare en alto riesgo.(2) No coaseguro, copago, o deducible para los exámenes pélvicos o mamografías clínicas. (2)	Examen Pélvico <i>fuera de la red.</i>	Examen Pélvico <i>fuera de la red.</i>
27. EXÁMENES DE CÁNCER EN LA PRÓSTATA (para hombres con Medicare de 50 años o más)	20% de coaseguro por el examen digital rectal. \$0 copago por la prueba de Antígeno Específico Prostático (PSA, por sus siglas en inglés) y 20% de coaseguro para otros servicios relacionados. Cubierto una (1) vez al año para hombres con Medicare de 50 años o más. (2)	\$0.00 para los Exámenes de Cáncer en la Próstata cubiertos por Medicare. 20% del costo por cada Examen de Cáncer en la Próstata <i>fuera de la red.</i>	\$0.00 para los Exámenes de Cáncer en la Próstata cubiertos por Medicare. 20% del costo por cada Examen de Cáncer en la Próstata <i>fuera de la red.</i>
28. FALLO RENAL EN ETAPA TERMINAL (ESRD, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	20% de coaseguro por servicios de diálisis. (1)(2) 20% de coaseguro para Terapia Nutricional para fallo renal en etapa terminal. (1)(2)	\$0.00 copago para diálisis. \$0.00 copago para Terapia Nutricional para ESRD. 25% del costo por cada Terapia	\$0.00 copago para diálisis. \$0.00 copago para Terapia Nutricional para ESRD. 25% del costo por cada Terapia

(1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.

(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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
	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.	Nutricional <i>fuera de la red</i> . 0% del costo por diálisis <i>fuera de la red</i> .	Nutricional <i>fuera de la red</i> . 0% del costo por diálisis <i>fuera de la red</i> .
29. MEDICAMENTOS RECETADOS	La mayoría de los medicamentos no están cubiertos.	Medicamentos Cubiertos bajo la Parte B	Medicamentos Cubiertos bajo la Parte B
INFORMACIÓN GENERAL	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	La mayoría de los medicados no están cubiertos. \$0.00 copago por los medicamentos cubiertos por la Parte B. 20% del costo por medicamentos	\$0.00 copago por los medicamentos cubiertos por la Parte B. 20% del costo por medicamentos cubiertos por la Parte B a través de proveedores fuera de la Red.

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
<p>INFORMACIÓN GENERAL (CONTINUACIÓN)</p>	<p>cubierta de medicamentos de la Parte D como “Medicare Advantage” o “Medicare Cost Plan”.</p>	<p>cubiertos por la Parte B a través de proveedores fuera de la Red.</p> <p>Medicamentos Cubiertos bajo la Parte D de Medicare</p> <p>Este plan <u>NO</u> cubre medicamentos de la Parte D de Medicare.</p> <p>Comuníquese con el plan para detalles.</p>	<p>Medicamentos Cubiertos bajo la Parte D</p> <p>Este plan usa un Formulario o Lista de Medicamentos. Le enviaremos un Formulario o Lista de Medicamentos y usted puede ver la lista completa en nuestra página de Internet www.ssspr.com.</p> <p>Diferentes desembolsos pueden aplicar para personas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bajos ingresos - vivan en una facilidad de cuidado a largo plazo <p>Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO) ofrecen cubierta de farmacia dentro de la red de proveedores a nivel nacional (i.e. esto incluiría los 50</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
INFORMACIÓN GENERAL (CONTINUACIÓN)			<p>estados y DC). Esto significa que usted pagará el mismo costo por sus medicamentos si los obtiene en una farmacia dentro de la red que esté fuera del área de servicio del plan (por ejemplo cuando usted viaja).</p> <p>El costo total anual por medicamentos es el costo total pagado por usted y el plan.</p> <p>El plan puede requerir que usted utilice un medicamento para tratar su condición médica antes de que cubra otro medicamento para esa misma condición. Algunos medicamentos tienen límites en cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener una precertificación de Triple-S Salud para ciertos</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
INFORMACIÓN GENERAL (CONTINUACIÓN)			<p>medicamentos.</p> <p>El plan paga por ciertos medicamentos sin leyenda federal (OTC) como parte de su programa de manejo de utilización. Algunos medicamentos sin leyenda federal (OTC) son menos costosos que los medicamentos con receta, y trabajan de igual manera. Favor de comunicarse con el plan para más detalles.</p> <p>Usted debe ir a ciertas farmacias para obtener ciertos medicamentos debido al manejo especializado, coordinación del proveedor o la orientación a los asegurados y los requisitos que presentan estos tipos de medicamentos que no pueden ser</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, está cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
			<p>despachados en otras farmacias dentro de la red. Estos medicamentos aparecen listados en el portal de Internet del plan, en el formulario y en el material impreso, así como en el “<i>Medicare Prescription Drug Plan Finder</i>” en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo actual del medicamento es menor que el copago o coaseguro, usted pagará el costo actual del medicamento, no la cantidad mayor del copago o coaseguro.</p> <p>Si usted solicita al plan una excepción al formulario para un medicamento y Triple-S Salud aprueba la excepción, usted pagará el copago correspondiente al Nivel 4:</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
<p>DEDUCIBLE ANUAL</p> <p>CUBIERTA INICIAL</p> <p>ABASTECIMIENTO DE 15 DÍAS Y 30 DÍAS EN RED DE FARMACIAS PARTICIPANTES</p>			<p>Medicamentos de Marca no Preferidos para ese medicamento.</p> <p>\$0.00 deducible anual.</p> <p>Usted pagará los siguientes copagos por sus medicamentos hasta que alcance los \$2,840</p> <p><u>15 a 30 días en farmacias al detal</u></p> <p>Nivel 1 Medicamentos Genéricos: \$5.00 copago</p> <p>Nivel 2 Medicamentos Marca Preferidos: \$25.00 copago</p> <p>Nivel 3 Medicamentos de Marca: \$45.00 copago</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 facultad 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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
<p>ABASTECIMIENTO DE TRES MESES (90 DÍAS) EN ALGUNAS FARMACIAS DENTRO DE LA RED Y EN LA FARMACIA DE ENVIO DE MEDICAMENTOS POR CORREO.</p>			<p>Nivel 4 Medicamentos de Marca No Preferidos: Lo que sea mayor entre 25% de coaseguro ó \$45.00 copago</p> <p>Nivel 5 Especializados: 25% de coaseguro</p> <p>No todos los medicamentos están disponibles para suplido extendido. Comuníquese con el plan para más detalles.</p> <p><u>Usted paga lo siguiente para abastecimiento de 90 días y Medicamentos por Correo:</u></p> <p>Nivel 1 Medicamentos Genéricos: \$15.00 copago</p> <p>Nivel 2 Medicamentos de Marca Preferidos:</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
CUIDADO A LARGO PLAZO DE 31 DÍAS			\$75.00 copago Nivel 3 Medicamentos de Marca: \$135.00 copago Nivel 4 Medicamentos de Marca No Preferidos: Lo que sea mayor entre 25% de coaseguro ó \$135.00 copago Nivel 5 Especializados: 25% de coaseguro No todos los medicamentos están disponibles para suplido extendido. Comuníquese con el plan para más detalles. <u>Cuidado a largo plazo de 31 días</u> Nivel 1 Medicamentos Genéricos: \$5.00

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, está cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
<p>CUBIERTA UNA VEZ ALCANCE SU LÍMITE DE CUBIERTA INICIAL (BRECHA)</p>			<p>copago</p> <p>Nivel 2 Medicamentos Marca Preferidos: \$25.00 copago</p> <p>Nivel 3 Medicamentos de Marca: \$45.00 copago</p> <p>Nivel 4 Medicamentos de Marca No Preferidos: Lo que sea mayor entre 25% de coaseguro ó \$45.00 copago</p> <p>Nivel 5 Especializados: 25% de coaseguro</p> <p><u>Cubierta del Gap</u> <u>15 a 30 días en</u> <u>farmacias al detal</u></p> <p>Nivel 1 Medicamentos Genéricos: \$5.00</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, está cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
			<p>copago</p> <p><u>Para abastecimiento de 90 días y Medicamentos por Correo:</u></p> <p>Nivel 1 Medicamentos Genéricos: \$15.00 copago</p> <p>No todos los medicamentos están disponibles para suplido extendido. Comuníquese con el plan para más detalles.</p> <p><u>Cuidado a largo plazo de 31 días</u> Nivel 1 Medicamentos Genéricos: \$5.00 copago</p> <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos y luego de que el costo total anual por medicamentos llegue a \$2,840, usted paga</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
			<p>red en circunstancias especiales: que usted se enferme mientras viaja fuera del área de servicio donde no haya farmacias de la red. Usted podría tener que pagar cargos adicionales por medicamentos recibidos en una farmacia fuera de la red.</p> <p>Además, es probable que tenga que pagar la farmacia el costo total de medicamento y enviar a Triple-S Medicare Optimo la documentación del pago total del medicamento y solicitar el reembolso.</p> <p><u>Cubierta Inicial Fuera de la Red</u></p> <p>Usted será reembolsado hasta el costo total de los medicamentos menos lo siguiente por medicamentos</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, está cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
			adquiridos fuera de la red hasta que el costo total anual de medicamentos alcance \$2,840.00: Nivel 1: Medicamentos Genéricos: \$5.00 copago por un mes (30 días) de abastecimiento de medicamentos Nivel 2: Medicamentos de Marca Preferidos: \$25.00 copago por un mes (30 días) de abastecimiento de medicamentos Nivel 3: Medicamentos de Marca \$45.00 copago por un mes (30 días) de abastecimiento de medicamentos Nivel 4: Medicamentos de

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
			<p>Marca No Preferidos</p> <p>\$45.00 copago ó 25% de coaseguro [lo que sea mayor] por un mes (30 días) de abastecimiento de medicamentos</p> <p>Nivel 5: Medicamentos de Nivel Especializado</p> <p>25% coaseguro por un mes (30 días) de abastecimiento de medicamentos</p> <p>Usted no será reembolsado por la diferencia entre el costo en una farmacia fuera de la red y la cantidad permitida dentro de la red del plan.</p> <p>Brecha de Cubierta Fuera de La Red</p> <p>Usted será reembolsado por estos medicamentos adquiridos fuera de la red hasta el costo</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, está cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
			<p>total del medicamento menos lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos Genéricos:</p> <p>\$5.00 copago por un mes (30 días) de abastecimiento de medicamentos</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p>le reembolsara hasta un 7% del costo permitido por el plan para medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que sus desembolsos en efectivo anual lleguen a \$4,550.</p> <p>Luego de que su costo total anual por medicamentos llegue a \$2,840, usted paga 100% por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
			<p>que sus desembolsos en efectivo anual llegue a \$4,550.</p> <p>Sin embargo, usted debe someter documentación a Triple-S Salud para que podamos sumar sus gastos fuera de la red al total de sus desembolsos por el año.</p> <p>Usted no será reembolsado por la diferencia entre el costo en una farmacia fuera de la red y la cantidad permitida dentro de la red del plan.</p> <p><u>Cubierta Catastrófica Fuera de La Red</u></p> <p>Luego de que su desembolso anual alcance \$4,550.00, usted será reembolsado por medicamentos adquiridos fuera de la red hasta el costo total del</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
			medicamento menos su porción del costo, lo que sea mayor entre: - \$2.50 copago por medicamentos genéricos (incluyendo aquellos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 copago por todos los demás medicamentos, o - 5% de coaseguro. Usted no será reembolsado por la diferencia entre el costo en una farmacia fuera de la red y la cantidad permitida dentro de la red del plan.
BENEFICIOS ADICIONALES (LO QUE MEDICARE ORIGINAL NO CUBRE)			
30. SERVICIOS DENTALES	No están cubiertos los servicios dentales preventivos (como las limpiezas).	\$0.00 copago para los beneficios dentales cubiertos por Medicare. \$0.00 copago para los beneficios preventivos:	\$0.00 copago para los beneficios dentales cubiertos por Medicare. \$0.00 copago para los beneficios preventivos:

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes orales, hasta un (1) examen cada seis (6) meses. ▪ limpiezas, una (1) cada seis (6) meses. ▪ tratamientos de fluoruro, uno (1) cada seis (6) meses. ▪ Rayos-X dental, uno (1) por año. <p>20% del costo por servicios dentales preventivos <i>fuera de la red</i>.</p> <p>20% del costo por servicios dentales comprensivos <i>fuera de la red</i>.</p> <p>Comuníquese con el Plan para los beneficios dentales comprensivos adicionales que están disponibles, dentro y fuera de la red.</p> <p>Cubre servicios de periodoncia hasta \$800 por año.</p> <p>Algunos servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes orales, hasta un (1) examen cada seis (6) meses. ▪ limpiezas, una (1) cada seis (6) meses. ▪ tratamientos de fluoruro, uno (1) cada seis (6) meses. ▪ Rayos-X dental, uno (1) por año. <p>20% del costo por servicios dentales preventivos <i>fuera de la red</i>.</p> <p>20% del costo por servicios dentales comprensivos <i>fuera de la red</i>.</p> <p>Comuníquese con el Plan para los beneficios dentales comprensivos adicionales que están disponibles, dentro y fuera de la red.</p> <p>Cubre servicios de periodoncia hasta \$800 por año.</p> <p>Algunos servicios</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 facultad 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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		requieren precertificación.	requieren precertificación.
31. SERVICIOS DE AUDICIÓN	No cubre los exámenes de audición rutinarios y aparatos auditivos. 20% de coaseguro para los exámenes diagnósticos de audición. (1)(2)	\$0.00 copago para exámenes diagnósticos de audición: <ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes de audición rutinarios, una (1) visita por año. \$0.00 copago para aparatos auditivos, un (1) aparato cada dos (2) años Hasta un máximo de \$500 para aparatos auditivo cada dos (2) años. 20% del costo por los exámenes de audición <i>fuera de la red</i> . 0% del costo por los aparatos auditivos <i>fuera de la red</i> .	\$0.00 copago para exámenes diagnósticos de audición: <ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes de audición rutinarios, una (1) visita por año. \$0.00 copago para aparatos auditivos, un (1) aparato cada dos (2) años Hasta un máximo de \$500 para aparatos auditivo cada dos (2) años. 20% del costo por los exámenes de audición <i>fuera de la red</i> . 0% del costo por los aparatos auditivos <i>fuera de la red</i> .
32. SERVICIOS DE VISIÓN	20% de coaseguro para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo.	\$0.00 copago para los diagnósticos y tratamientos de enfermedades y condiciones del ojo	\$0.00 copago para los diagnósticos y tratamientos de enfermedades y condiciones del ojo

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 facultad 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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
	<p>(1)(2)</p> <p>No cubre los exámenes rutinarios y espejuelos. 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>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes rutinarios del ojo hasta una (1) visita por año. ▪ \$0.00 copago para un (1) par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata. ▪ Espejuelos por pérdida de visión, cubiertos hasta un (1) par cada dos (2) años. ▪ Lentes de contacto por pérdida de visión, cubiertos hasta un (1) par cada dos (2) años. ▪ Hasta un máximo de \$200.00 para espejuelos o lentes de contacto cada dos (2) años. <p>Usted pagará el costo total por espejuelos o lentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ exámenes rutinarios del ojo hasta una (1) visita por año. ▪ \$0.00 copago para un (1) par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata. ▪ Espejuelos por pérdida de visión, cubiertos hasta un (1) par cada dos (2) años. ▪ Lentes de contacto por pérdida de visión, cubiertos hasta un (1) par cada dos (2) años. ▪ Hasta un máximo de \$100.00 para espejuelos o lentes de contacto cada dos (2) años. <p>Usted pagará el costo total por espejuelos o lentes</p>

(1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
(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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
		<p>de contacto y Triple-S Salud le reembolsará hasta la cantidad cubierta.</p> <p>20% del costo por los exámenes del ojo <i>fuera de la red.</i></p> <p>20% del costo por los espejuelos o lentes de contacto <i>fuera de la red.</i></p>	<p>de contacto y Triple-S Salud le reembolsará hasta la cantidad cubierta.</p> <p>20% del costo por los exámenes del ojo <i>fuera de la red.</i></p> <p>20% del costo por los espejuelos o lentes de contacto <i>fuera de la red.</i></p>
<p>33. BIENVENIDO AL EXAMEN FÍSICO DE MEDICARE Y PLAN DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN PERSONALIZADO</p>	<p>Cuando usted obtiene la Parte B de Medicare, usted es elegible para: Un examen físico dentro de los primeros 12 meses de tener su cubierta de la Parte B, usted puede escoger entre el Examen de Bienvenida a Medicare o la Visita Anual de Prevención.</p> <p>Después de 12 meses, usted tiene una Visita Anual de Prevención cada 12</p>	<p>\$0.00 copago para los exámenes físicos rutinarios.</p> <p>Cubre hasta un (1) examen por año.</p> <p>20% del costo por cada examen físico rutinario <i>fuera de la red.</i></p>	<p>\$0.00 copago para los exámenes físicos rutinarios.</p> <p>Cubre hasta un (1) examen por año.</p> <p>20% del costo por cada examen físico rutinario <i>fuera de la red.</i></p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
	<p>meses.</p> <p>No hay coaseguro, copago o deducible ni para el Examen de Bienvenida a Medicare ni para la Visita Anual de Prevención.</p> <p>El Examen de Bienvenida a Medicare no incluye examen de laboratorio. (1)(2)</p>		
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 doce (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.</p> <p>Cada intento de</p>	<p>Usted está cubierto para lo siguiente:</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 <p>\$0.00 de copago por cada Consejería para dejar de Fumar</p>	<p>Usted esta cubierto para lo siguiente:</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 <p>\$0.00 de copago por cada Consejería para dejar de Fumar</p>

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, está cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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 duda 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. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO	TRIPLE-S MEDICARE ÓPTIMO PLUS
	<p>consejería incluye hasta cuatro (4) visitas en persona. Usted paga el coaseguro y el deducible de la Parte B.</p> <p>\$0 copago por cada examen de cernimiento de VIH.</p> <p>El examen de cernimiento de VIH cubre a las personas embarazadas y en alto riesgo de infección, incluyendo cualquiera que solicite el examen. Medicare cubre un examen de cernimiento cada 12 meses y para personas que están embarazadas, cubre hasta tres exámenes de cernimiento.</p>	<p>Cubierta por Medicare</p> <p>0% del costo por los servicios de salud y bienestar <i>fuera de la red</i>.</p>	<p>Cubierta por Medicare</p> <p>0% del costo por los servicios de salud y bienestar <i>fuera de la red</i>.</p>
35. Transportación (rutina)	No cubre	El plan no cubre transportación de rutina.	El plan no cubre transportación de rutina
36. Acupuntura	No cubre	El plan no cubre acupuntura.	El plan no cubre acupuntura.

- (1) Durante el 2010, el deducible anual era de \$155, esta cantidad podría cambiar para el 2011.
- (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.