

Introducción al Resumen de Beneficios de los  
***Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)***  
1ro de enero de 2012 – 31 de diciembre de 2012  
ISLA DE PUERTO RICO

Agradecemos su interés en los ***Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)***. Nuestros Planes son ofrecidos por Triple-S Salud, Inc., una Organización de Cuidado Coordinado de Medicare Advantage con Planes de Necesidades Especiales. Estos Planes están diseñados para personas que cumplen con criterios específicos de suscripción.

Usted puede ser elegible a estos Planes si recibe beneficios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI Salud) y beneficios de Medicare. Todos los copagos y coaseguros que aparecen en este Resumen de Beneficios están basados en su nivel de elegibilidad de Medicaid. Por favor, comuníquese con ***Triple-S Salud*** para conocer si usted es elegible para suscripción. Los números de Servicio al Cliente aparecen al final de esta introducción.

Este Resumen de Beneficios le presenta algunas características de nuestros Planes. No enumera cada servicio cubierto o cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, comuníquese con ***Triple-S Salud*** y pregunte por la “Evidencia de Cubierta”.

### **USTED TIENE OPCIONES EN SU CUIDADO DE SALUD**

Como asegurado de Medicare, usted puede escoger diferentes opciones de Medicare. Una opción es el Plan de Medicare Original (pago por servicio). Otras opciones son los Planes de salud de Medicare, tales como los ***Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)***. Usted también puede tener otras opciones. Usted es quien decide. No importa lo que decida, usted continuará en el Programa de Medicare.

Si usted es elegible al programa de Medicare y al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI Salud), podrá suscribirse o darse de baja de estos Planes en cualquier momento. Comuníquese con ***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 deben llamar al 1-877-486-2048 (TTY/TDD). Usted puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### **¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?**

Usted puede comparar los servicios de los ***Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)*** con el Plan de Medicare Original utilizando este Resumen de Beneficios. Las tablas de este folleto mencionan algunos beneficios de salud importantes. Para cada beneficio, usted puede ver lo que cubren nuestros Planes y lo que cubre el Plan de Medicare Original. Nuestros asegurados reciben todos los beneficios que ofrece el Plan de Medicare Original. Nosotros también ofrecemos beneficios adicionales, los cuales pueden cambiar de año en año.

Y0082\_SB06B CMS Approved 09262011

Introducción al Resumen de Beneficios de los  
***Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)***  
1ro de enero de 2012 – 31 de diciembre de 2012  
ISLA DE PUERTO RICO

***¿DÓNDE ESTÁN DISPONIBLES LOS PLANES TRIPLE-S MEDICARE SELECTO CON MEDICARE PLATINO (HMO SNP)?***

El área de servicio para estos Planes incluye: 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 una de estos municipios para suscribirse a estos Planes.

***¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA SUSCRIBIRSE A LOS PLANES TRIPLE-S MEDICARE SELECTO CON MEDICARE PLATINO (HMO SNP)?***

Usted puede suscribirse a los Planes ***Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)*** si tiene derecho a la Parte A de Medicare, está suscrito a la Parte B de Medicare y el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI Salud), y vive en el área de servicio. Sin embargo, las personas con fallo renal en etapa terminal no son elegibles para suscribirse en los Planes ***Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)***, a menos que sean asegurados de nuestra organización desde que comenzaron a recibir diálisis. Comuníquese con el Plan para saber si usted es elegible para suscribirse.

***¿PUEDO SELECCIONAR MIS MÉDICOS?***

***Los Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)*** tienen una red de médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores. Usted sólo puede seleccionar médicos que sean parte de nuestra red. Los proveedores de salud en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede solicitar un Directorio de Proveedores actualizado llamando a nuestro número de Servicio al Cliente que aparece al final de esta introducción. O, visítenos en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

***¿QUÉ SUCEDE SI VISITO UN MÉDICO QUE NO ESTÁ EN LA RED?***

Si usted decide visitar un doctor fuera de nuestra red, usted debe pagar por estos servicios excepto en situaciones limitadas (por ejemplo, cuidado de emergencia). Ni los ***Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)*** ni el Plan de Medicare Original pagarán por estos servicios.

***¿DÓNDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS SI ME SUSCRIBO AL PLAN?***

***Los Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)*** han establecido una red de farmacias. Usted debe utilizar una farmacia dentro de nuestra red para recibir los beneficios del Plan. Nosotros no pagaremos por sus medicamentos si utiliza una farmacia fuera de la red, excepto en algunos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede solicitar un Directorio de Farmacias actualizado o visitarnos en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com). Nuestro número de Servicio al Cliente aparece al final de esta introducción.

Introducción al Resumen de Beneficios de los  
***Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)***  
1ro de enero de 2012 – 31 de diciembre de 2012  
ISLA DE PUERTO RICO

## **¿CUBRE MI PLAN LOS MEDICAMENTOS DE LA PARTE B O LA PARTE D DE MEDICARE?**

***Los Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)*** cubren los medicamentos de la Parte B y de la Parte D de Medicare.

## **¿QUÉ ES UN FORMULARIO O LISTA DE MEDICAMENTOS?**

***Los Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)*** utilizan un Formulario o Lista de Medicamentos. Un Formulario o Lista de Medicamentos es un listado de medicamentos cubiertos por el Plan para satisfacer las necesidades de los asegurados. Periódicamente, el Plan puede añadir, remover y hacer cambios en los límites de cubierta en algunos medicamentos o cambiar cuánto usted paga por un medicamento. Si hacemos algún cambio en el Formulario o Lista de Medicamentos que limite la habilidad de nuestros asegurados para obtener sus medicamentos, Triple-S Salud notificará al asegurado afectado antes que el cambio sea efectivo. Triple-S Salud le enviará un Formulario o Lista de Medicamentos, o también puede ver nuestro Formulario o Lista de Medicamentos completo en nuestro portal en Internet, [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

Si en la actualidad usted está tomando un medicamento que no aparece en nuestro Formulario o Lista de Medicamentos, o el mismo está sujeto a límites y requisitos adicionales, usted quizá pueda adquirir un suplido temporero del medicamento. Con la ayuda de su médico, usted puede comunicarse con nosotros para solicitar una excepción o cambiar a un medicamento alternativo incluido en nuestro Formulario o Lista de Medicamentos. Comuníquese con nosotros para verificar si puede obtener un suplido temporero del medicamento o para más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

## **¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DE MEDICAMENTOS DEL PLAN U OBTENER AYUDA CON OTROS COSTOS DE MEDICARE?**

Es posible que usted pueda obtener ayuda adicional para pagar las primas y los costos de sus medicamentos y ayuda con otros costos de Medicare. Para verificar si usted califica para recibir ayuda adicional, comuníquese a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al 1-877-486-2048 (TTY/TDD) (usted puede llamar a este número las 24 horas, los 7 días); y ver en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) el “Programa para Personas con Recursos e Ingresos Limitados” en la publicación *Medicare y Usted*.
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Las personas con impedimentos auditivos y/o del habla deben llamar al 1-800-325-0778 (TTY/TDD); o a
- La oficina local de Medicaid.

## **¿QUÉ PROTECCIONES TENGO BAJO ESTOS PLANES?**

Todos los Planes Medicare Advantage acuerdan mantenerse en el programa por un año completo. Los beneficios de los Planes y los copagos y coaseguros pueden variar de año en año. Cada año, los Planes deciden si continúan participando con Medicare Advantage. Un Plan puede continuar en su área de servicio en su totalidad (área geográfica donde el Plan acepta asegurados) o escoger continuar sólo en ciertas áreas. También, Medicare puede decidir el terminar su contrato con un Plan. Aun si un Plan Medicare Advantage deja el programa, usted no perderá la cubierta de Medicare. Si un Plan decide no continuar, debe enviarle una carta al

Introducción al Resumen de Beneficios de los  
***Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)***  
1ro de enero de 2012 – 31 de diciembre de 2012  
ISLA DE PUERTO RICO

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

Como asegurado de los ***Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)*** usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cubierta, 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 tiene el derecho de solicitar una determinación de cubierta si desea que proveamos o paguemos por un artículo o servicio que usted entienda debamos cubrir. Si le denegamos la 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 una determinación o apelación expedita (rápida) de cubierta si usted entiende que esperar por una decisión puede poner su vida o salud en riesgo o puede afectar su habilidad para recuperar su 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 si usted tiene algún problema con nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, siempre y cuando el problema no esté relacionado con la cubierta de un artículo o servicio. Si su problema está relacionado con la calidad del cuidado, usted también tiene derecho a someter una querrela a través de la oficina local de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés). Para información sobre los contactos de la QIO, refiérase a su Evidencia de Cubierta.

Como asegurado de un Plan ***Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)***, usted tiene derecho de solicitar una determinación de cubierta, que incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho a 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 un tipo de determinación de cubierta. Usted puede solicitarnos una excepción si usted entiende que necesita un medicamento que no está cubierto en nuestra lista de medicamentos cubiertos 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 cree que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de obtener su receta en una farmacia. Su médico debe proveernos un escrito que apoye su solicitud de excepción. Si le negamos la cubierta de su(s) medicamento(s), usted tiene 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 alguno de nuestros proveedores de la red que no esté relacionado con la cubierta de medicamentos recetados. Si su problema está relacionado con la calidad del cuidado, usted también tiene derecho a someter una querrela a través de la oficina local de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés). Para información sobre los contactos de la QIO, refiérase a su Evidencia de Cubierta.

### **¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE MANEJO DE TERAPIA DE MEDICAMENTOS (MTMP)?**

El Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP, por sus siglas en inglés) es un beneficio gratuito que le ofrecemos a nuestros asegurados. Usted puede ser invitado para participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y farmacia. Usted puede decidir no participar, pero le recomendamos que aproveche al máximo este beneficio cubierto si le escogen para participar. Llame a ***Triple-S Salud*** para más detalles.

Introducción al Resumen de Beneficios de los  
***Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)***  
1ro de enero de 2012 – 31 de diciembre de 2012  
ISLA DE PUERTO RICO

## **¿QUE TIPOS DE MEDICAMENTOS ESTÁN CUBIERTOS BAJO LA PARTE B DE MEDICARE?**

Algunos medicamentos recetados de forma ambulatoria pueden estar cubiertos bajo la Parte B. Éstos incluyen, pero no están limitados a los siguientes medicamentos. Comuníquese con ***Triple-S Salud*** para más detalles.

- Ciertos medicamentos antígenos: Si son preparados por su médico y administrados por personas debidamente adiestradas (podría ser el mismo paciente) bajo la supervisión del médico.
- Medicamentos contra la osteoporosis: Medicamentos inyectables contra la osteoporosis para ciertas mujeres bajo el Plan de Medicare.
- Eritropoyetina (Epoetin Alfa o Epogen®): Por inyecciones, si usted padece de enfermedad renal en etapa terminal (fallo permanente del riñón que requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación: Factores de coagulación autoinyectable si usted padece de hemofilia.
- Medicamentos inyectables: La mayoría de los medicamentos inyectables que sean parte de los servicios médicos recibidos.
- Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre terapia de medicamentos inmunosupresores para pacientes que han recibido un trasplante en un centro certificado por Medicare, siempre y cuando el trasplante haya sido pagado por Medicare, o por un seguro privado como pagador primario a su cubierta de la Parte A.
- Algunos medicamentos orales para el cáncer: Si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos orales para las náuseas: Si usted está bajo un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos de infusión e inhalación provistos a través de un suplidor de equipo médico duradero.

## **¿DÓNDE PUEDO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LAS CALIFICACIONES DE LOS PLANES?**

El Programa de Medicare evalúa cuán bien los Planes se desempeñan en diferentes categorías (por ejemplo, detectar y prevenir enfermedades, calificación por los pacientes y el servicio al cliente). Si usted tiene acceso a la Internet, usted puede utilizar las herramientas en la Internet en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccione “Planes: Salud/Recetas” luego “Comparar Planes de Salud y de Medicamentos” para comparar los Planes Medicare en su área. También se puede comunicar con nosotros directamente al (787) 774-6083 en el área metro o al 1-800-510-0722 libre de cargos para obtener una copia de las evaluaciones para estos Planes. Usuarios del sistema TTY/TDD pueden llamar al (787) 799-4059 en el área metro o al 1-800-383-4457, libre de cargos.

Introducción al Resumen de Beneficios de los  
***Planes Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)***  
1ro de enero de 2012 – 31 de diciembre de 2012  
ISLA DE PUERTO RICO

**Por favor comuníquese con Triple-S Salud para más información sobre los Planes  
*TRIPLE-S MEDICARE SELECTO CON MEDICARE PLATINO (HMO SNP).***

Visítenos en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o, comuníquese con nosotros:

**Horario de Servicio al Cliente:  
Lunes a Domingo de 8:00am- 8:00pm.**

**Asegurados actuales pueden llamar al (787) 774-6083 en el área metro  
o libre de cargos al 1-800-510-0722 para preguntas relacionadas a los Programas de  
Medicare Advantage y Medicamentos de la Parte D de Medicare.  
(TTY/TDD) (787) 749-4059 en el área metro o libre de cargos al 1-800-383-4457**

**Prospectos pueden llamar libre de cargos al 1-877-207-8777 para preguntas relacionadas con los  
Programas de Medicare Advantage y Medicamentos de la Parte D de Medicare.  
(TTY/TDD) (787) 749-4059 en el área metro o libre de cargos al 1-800-383-4457**

Para más información sobre Medicare, llame al  
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  
Usted puede comunicarse las 24 horas, los 7 días.  
O, visite el portal en la Internet [www.medicare.gov](http://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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	<i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i>	<i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i>
<p><b>INFORMACIÓN IMPORTANTE</b></p> <p>Al ser elegible para los beneficios de Medicaid, el Plan de Gobierno de Puerto Rico (MI Salud) del Estado Libre Asociado de Puerto Rico cubrirá la mayoría de los copagos, coaseguros y/o deducibles de Medicare Tradicional que de otra forma usted hubiera tenido que pagar. Los copagos y/o coaseguros que usted pagará se mencionan a continuación. Los mismos varían en base al nivel de indigencia según lo determine el Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid. Además, usted pagará los copagos y/o coaseguros mencionados a continuación por la cubierta de medicamentos de la Parte D. Comuníquese con Triple-S Salud para información adicional.</p>			
<p><b>1. Prima y Otra Información Importante</b></p>	<p>Los copagos de Medicare puede variar en base a su nivel de elegibilidad de Medicaid.</p> <p>En el 2011, la prima mensual de la Parte B era de \$0 o \$96.40 y cambiará para el 2012, y el deducible anual era \$0 ó \$162 y cambiará para el 2012. <sup>(1)</sup></p> <p>Si un médico o suplidor decide no aceptar la asignación de beneficios, sus costos serán más altos, lo que significa que usted pagará más.</p>	<p>\$0 prima mensual además de su prima mensual de la Parte B de Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino le reducirá hasta \$25.00 de su prima mensual de la Parte B de Medicare.</p> <p>Este Plan cubre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare con \$0 copago o coaseguro.</p> <p><b>Dentro de la Red</b></p> <p>\$0 deducible</p> <p>Límite de desembolso es de \$6,700 para servicios cubiertos por Medicare solamente. <sup>(1)</sup></p> <p><b>A menos que se indique,</b></p>	<p>\$0 prima mensual además de su prima mensual de la Parte B de Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 le reducirá hasta \$35.00 de su prima mensual de la Parte B de Medicare.</p> <p>Este Plan cubre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare con \$0 copago o coaseguro.</p> <p><b>Dentro de la Red</b></p> <p>\$0 deducible</p> <p>Límite de desembolso es de \$6,700 para servicios cubiertos por Medicare solamente. <sup>(1)</sup></p> <p><b>A menos que se indique,</b></p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		<b>los servicios fuera de la red no están cubiertos.</b> <sup>(2)</sup>	<b>los servicios fuera de la red no están cubiertos.</b> <sup>(2)</sup>
<p><b>2. Selección de Médico y Hospital</b></p> <p><b>(Para más información, ver Emergencia - #15 y Cuidado Necesario de Urgencia - #16.)</b></p>	<p>Usted puede visitar cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Usted debe visitar médicos, especialistas y hospitales dentro de la red.</p> <p>Cuando usted se suscribe a nuestro Plan, usted debe escoger un proveedor del Plan como su Médico Primario y un IPA (Asociación de Práctica Independiente, según sus siglas en inglés).</p> <p>Usted necesitará un referido de su Médico Primario para las visitas a algunos especialistas de la red, sub-especialistas, otros servicios dentro de la red y para ciertos beneficios.</p>	<p>Usted debe visitar médicos, especialistas y hospitales dentro de la red.</p> <p>Cuando usted se suscribe a nuestro Plan, usted debe escoger un proveedor del Plan como su Médico Primario y un IPA (Asociación de Práctica Independiente, según sus siglas en inglés).</p> <p>Usted necesitará un referido de su Médico Primario para las visitas a algunos especialistas de la red, sub-especialistas, otros servicios dentro de la red y para ciertos beneficios.</p>
<b>CUIDADO HOSPITALARIO</b>			
<p><b>3. Cuidado Hospitalario</b></p> <p><b>(Incluye abuso de sustancias y servicios de rehabilitación)</b></p>	<p>En el 2011, las cantidades para cada periodo de beneficio <sup>(3)</sup> eran, \$0 ó:</p> <p>Días 1-60: deducible de \$1132 <sup>(1)</sup></p> <p>Días 61-90: \$283 por día <sup>(1)</sup></p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubierta de hospitalización del <i>Wrap</i> comienza el primer día que Medicare Original termina de cubrir, sin límites.</p>	<p>\$0 o \$3 copago por cada estadía en un hospital cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>\$0 copago por días adicionales de hospital.</p> <p>Cubierta de hospitalización del <i>Wrap</i> comienza el primer día que Medicare</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
	<p>Días 91-150: \$566 por día de reserva, por vida.<sup>(1)(4)</sup></p> <p>Estas cantidades cambiarán para el 2012.</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre los días de reserva de por vida.</p>	<p>No hay límite en el número de días cubiertos por el Plan en cada periodo de beneficio.</p> <p>Excepto en una emergencia, su Médico Primario debe decirle al Plan que usted será admitido al hospital.</p> <p>Usted necesitará una precertificación de su Médico Primario y Triple-S Salud a nivel hospitalario para cirugías electivas y reconstructivas, así como para otros procedimientos.</p> <p>Usted también necesitará un referido para procedimientos de Implante Coclear.</p>	<p>Original termina de cubrir, sin límites.</p> <p>No hay límite en el número de días cubiertos por el Plan en cada periodo de beneficio.</p> <p>Excepto en una emergencia, su Médico Primario debe decirle al Plan que usted será admitido al hospital.</p> <p>Usted necesitará una precertificación de su Médico Primario y Triple-S Salud a nivel hospitalario para cirugías electivas y reconstructivas, así como para otros procedimientos.</p> <p>Usted también necesitará un referido para procedimientos de Implante Coclear.</p>
<p><b>4. Cuidado Hospitalario de Salud Mental</b></p>	<p>Usted paga el mismo deducible y copago como bajo cuidado hospitalario (refiérase a “Cuidado Hospitalario” descrito anteriormente).</p> <p>Usted tiene hasta 190</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>La cubierta de cuidado hospitalario de salud mental del <i>Wrap</i> comienza el primer día que Medicare Original termina de cubrir, sin</p>	<p>\$0 o \$3 copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.<sup>(1)</sup></p> <p>\$0 copago por días adicionales de hospitalización.</p> <p>La cubierta de cuidado</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
	<p>días en un Hospital Psiquiátrico de por vida. Los servicios de cuidado de salud mental hospitalario cuentan hacia el límite de 190 días sólo si se cumple con ciertas condiciones. Este límite no aplica al cuidado hospitalario de salud mental provisto en un hospital general.</p>	<p>límites. Comuníquese con el Plan para detalles sobre la cubierta en un hospital psiquiátrico por un periodo de más de 190 días.</p>	<p>hospitalario de salud mental del <i>Wrap</i> comienza el primer día que Medicare Original termina de cubrir, sin límites. Comuníquese con el Plan para detalles sobre la cubierta en un hospital psiquiátrico por un periodo de más de 190 días.</p>
<p><b>5. Facilidad de Enfermería Diestra (SNF, por sus siglas en inglés)</b>  <b>(en una facilidad de enfermería diestra certificada por Medicare)</b></p>	<p>En el 2011 las cantidades por cada periodo de beneficio <sup>(3)</sup> después de una estadía mínima de 3 días cubiertos en el hospital eran:</p> <p>Días 1-20: \$0 por día <sup>(1)</sup> Días 21-100: \$0 ó \$141.50 por día <sup>(1)</sup></p> <p>Estas cantidades cambiarán para el 2012. Límite de 100 días por cada periodo de beneficio. <sup>(3)</sup></p>	<p>\$0 de copago por servicios recibidos en una Facilidad de Enfermería Diestra.  No se requiere estadía previa en el hospital.  El Plan cubre hasta 120 días cada periodo de beneficio. <sup>(3)</sup>  Usted necesita una precertificación de Triple-S Salud para recibir este servicio.</p>	<p>\$0 o \$3 copago por cada estadía en una Facilidad de Enfermería Diestra cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup>  \$0 copago por estadías adicionales en una Facilidad de Enfermería Diestra.  No se requiere estadía previa en el hospital.  El Plan cubre hasta 120 días cada periodo de beneficio. <sup>(3)</sup>  Usted necesita una precertificación de Triple-S Salud para recibir este servicio.</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
<b>6. Cuidado de Salud en el Hogar</b>  (Incluye cuidado intermitente de enfermería diestra médicamente necesario, servicios de auxiliar de cuidado de salud en el hogar y servicios de rehabilitación, etc.)	\$0 de copago	\$0 de copago para las visitas de cuidado de salud en el hogar cubiertas por Medicare. <sup>(1)</sup>  Usted necesita un referido de su Médico Primario. Usted necesita una precertificación de Triple-S Salud.	\$0 de copago para las visitas de cuidado de salud en el hogar cubiertas por Medicare. <sup>(1)</sup>  Usted necesita un referido de su Médico Primario. Usted necesita una precertificación de Triple-S Salud.
<b>7. Hospicio</b>	Usted paga parte del costo de los medicamentos recetados de forma ambulatoria y cuidado de relevo hospitalario.  Usted debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.	Usted debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.  Su Plan pagará por una visita de consulta antes de que usted escoja su hospicio.	Usted debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.  Su Plan pagará por una visita de consulta antes de que usted escoja su hospicio.
<b>CUIDADO AMBULATORIO</b>			
<b>8. Visitas a Oficinas Médicas</b>	0% o 20% de coaseguro	\$0 de copago para cada visita a su Médico de Cuidado Primario para servicios cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup>  \$0 de copago para cuidados de urgencia cubiertos por Medicare en cada área de servicio y	\$0 de copago para cada visita a su Médico de Cuidado Primario para servicios cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup>  \$0 de copago para cuidados de urgencia cubiertos por Medicare en cada área de servicio y

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		<p>dentro de la red.<sup>(1)</sup></p> <p>\$0 ó \$1 de copago para cada visita a especialistas para servicios cubiertos por Medicare.<sup>(1)</sup></p> <p>Bajo ciertas circunstancias y para asegurados con condiciones severas, recurrentes y crónicas, un especialista podrá convertirse en el Médico de Cuidado Primario de un asegurado.</p> <p>Usted necesita un referido de su Médico de Cuidado Primario para las visitas y servicios de algunos especialistas. Refiérase a “¿Qué es un Médico Primario?” en la Sección de Información Adicional para más información sobre los especialistas que requieren o no requieren referidos.</p> <p>\$0-\$1 de copago para un examen físico completo por año y Certificados de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificados de Salud</li> </ul>	<p>dentro de la red.<sup>(1)</sup></p> <p>\$0 ó \$1 de copago para cada visita a especialistas para servicios cubiertos por Medicare.<sup>(1)</sup></p> <p>Bajo ciertas circunstancias y para asegurados con condiciones severas, recurrentes y crónicas, un especialista podrá convertirse en el Médico de Cuidado Primario de un asegurado.</p> <p>Usted necesita un referido de su Médico de Cuidado Primario para las visitas y servicios de algunos especialistas. Refiérase a “¿Qué es un Médico Primario?” en la Sección de Información Adicional para más información sobre los especialistas que requieren o no requieren referidos.</p> <p>\$0-\$1 de copago para un examen físico completo por año y certificados de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificados de Salud</li> </ul>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
		<p>que incluyan VDRL y prueba de tuberculina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Este certificado debe tener el sello del Departamento de Salud y debe ser provisto por una Organización de Cuidado Coordinado acreditada, hasta \$5.00.</li> <li>• Toda certificación para los asegurados de Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico relacionada con la elegibilidad para el Programa de Medicaid (i.e. Historial Médico) será provista al asegurado sin costo alguno.</li> <li>• Todo deducible que aplique para los procedimientos y las pruebas de laboratorio necesarios que estén relacionados con la emisión de un Certificado de Salud será responsabilidad del asegurado.</li> </ul>	<p>que incluyan VDRL y prueba de tuberculina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Este certificado debe tener el sello del Departamento de Salud y debe ser provisto por una Organización de Cuidado Coordinado acreditada, hasta \$5.00.</li> <li>• Toda certificación para los asegurados de Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico relacionada con la elegibilidad para el Programa de Medicaid (i.e. Historial Médico) será provista al asegurado sin costo alguno.</li> <li>• Todo deducible que aplique para los procedimientos y las pruebas de laboratorio necesarios que estén relacionados con la emisión de un Certificado de Salud será responsabilidad del asegurado.</li> </ul>

(1) Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

(2) Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

(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 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
<b>9. Servicios de Quiroprácticos</b>	<p>Cuidado rutinario suplementario no está cubierto.</p> <p>0% ó 20% de coaseguro por la manipulación manual de la espina para corregir subluxación (desplazamiento o dislocación de una coyuntura, articulación o alguna parte del cuerpo) si es provista por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la espina para corregir subluxación (desplazamiento o dislocación de una coyuntura, articulación o alguna parte del cuerpo) si es provista por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p> <p>Usted necesitará un referido de su Médico Primario.</p>	<p>\$0 ó \$1 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la espina para corregir subluxación (desplazamiento o dislocación de una coyuntura, articulación o alguna parte del cuerpo) si es provista por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p> <p>Usted necesitará un referido de su Médico Primario.</p>
<b>10. Servicios de Podiatría</b>	<p>Cuidado rutinario suplementario no está cubierto.</p> <p>0% ó 20% de coaseguro para cuidado del pie médicamente necesario, incluyendo cuidado para condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare y por cada visita suplementaria de rutina. <sup>(1)</sup></p> <p>Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para cuidado del pie médicamente necesario.</p> <p>El cuidado rutinario del pie es para cuidado del pie médicamente necesario,</p>	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare y por cada visita suplementaria de rutina. <sup>(1)</sup></p> <p>Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para cuidado del pie médicamente necesario.</p> <p>El cuidado rutinario del pie es para cuidado del pie médicamente necesario, incluyendo cuidado para</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		<p>incluyendo cuidado para condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p> <p>Usted necesitará un referido de su Médico Primario.</p>	<p>condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p> <p>Usted necesitará un referido de su Médico Primario.</p>
<p><b>11. Cuidado Ambulatorio de Salud Mental</b></p>	<p>0% ó 40% de coaseguro para la mayoría de los servicios de cuidado ambulatorio de salud mental.</p> <p>0% ó 40% de coaseguro de la cantidad aprobada por Medicare para cada servicio que obtiene de un profesional cualificado como parte del Programa de Hospitalización Parcial.</p> <p>El “Programa de Hospitalización Parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico ambulatorio activo que es más intenso que el cuidado recibido en la oficina de su doctor o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>\$0 ó \$1 de copago para las visitas de Salud Mental cubiertas por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>\$0 copago por los servicios del Programa de Hospitalización Parcial cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Servicios de intervención por crisis y emergencias, 24 horas al día, 7 días a la semana.</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p>	<p>\$0 ó \$1 de copago para las visitas de Salud Mental cubiertas por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>\$0 ó \$1 copago por los servicios del Programa de Hospitalización Parcial cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Servicios de intervención por crisis y emergencias, 24 horas al día, 7 días a la semana.</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
<b>12. Cuidado Ambulatorio de Abuso de Sustancias</b>	0% ó 20% de coaseguro	\$0 de copago para las visitas cubiertas por Medicare. <sup>(1)</sup>  Servicios de intervención por crisis y emergencias, 24 horas al día, 7 días a la semana.	\$0 ó \$1 de copago para las visitas cubiertas por Medicare. <sup>(1)</sup>  Servicios de intervención por crisis y emergencias, 24 horas al día, 7 días a la semana.
<b>13. Servicios Ambulatorios/Cirugía</b>	0% ó 20% de coaseguro por los servicios del médico.  Copago especificado para los cargos de facilidades hospitalarias ambulatorias. El copago no puede sobrepasar el deducible de hospitalización de la Parte A.  0% ó 20% de coaseguro por servicios en un centro de cirugía ambulatoria.	\$0 de copago para cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup>  \$0 de copago para cada visita a una facilidad hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup>  Usted necesita un referido del Médico Primario para algunos servicios, incluyendo el uso de la facilidad de cirugía ambulatoria y algunos servicios ordenados por un especialista o sub-especialista.  Usted debe obtener una precertificación de Triple-S Salud y su Médico Primario y un referido de su Médico Primario para cirugías electivas y	\$0 ó \$1 de copago para cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup>  \$0 ó \$1 de copago para cada visita a una facilidad hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup>  Usted necesita un referido del Médico Primario para algunos servicios, incluyendo el uso de la facilidad de cirugía ambulatoria y algunos servicios ordenados por un especialista o sub-especialista.  Usted debe obtener una precertificación de Triple-S Salud y su Médico Primario y un referido de su Médico Primario para cirugías electivas y

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		<p>reconstructivas, así como para otros procedimientos. Para cirugía maxilofacial sólo necesitará una precertificación de Triple-S Salud.</p> <p>La esterilización es voluntaria para hombres y mujeres de edad apropiada, previamente orientados sobre las implicaciones de los procedimientos médicos. El médico debe evidenciar el consentimiento escrito del paciente.</p>	<p>reconstructivas, así como para otros procedimientos. Para cirugía maxilofacial sólo necesitará una precertificación de Triple-S Salud.</p> <p>La esterilización es voluntaria para hombres y mujeres de edad apropiada, previamente orientados sobre las implicaciones de los procedimientos médicos. El médico debe evidenciar el consentimiento escrito del paciente.</p>
<p><b>14. Servicios de Ambulancia</b>  (servicios de ambulancia médicamente necesarios)</p>	<p>0% ó 20% de coaseguro</p>	<p>\$0 de copago por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización por los servicios que no son de emergencia.</p>	<p>\$0 de copago por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización por los servicios que no son de emergencia.</p>
<p><b>15. Cuidado de Emergencia</b>  (Usted puede visitar cualquier sala de emergencia si razonablemente piensa que necesita cuidado de</p>	<p>0% ó 20% de coaseguro por los servicios del médico.</p> <p>Copago especificado para los cargos de sala de emergencia en facilidades hospitalarias ambulatorias.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita a sala de emergencia cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>NO cubre fuera de los Estados Unidos, excepto bajo circunstancias limitadas. Comuníquese con el Plan para detalles.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita a sala de emergencia cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>NO cubre fuera de los Estados Unidos, excepto bajo circunstancias limitadas. Comuníquese con el Plan para detalles.</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
<b>emergencia.)</b>	<p>El copago de sala de emergencia no puede sobrepasar 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 posteriores a la visita a la sala de emergencia.</p> <p>No cubre fuera de los Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.</p>		
<b>16. Cuidado Necesario de Urgencia</b>  <b>(Esto NO es cuidado de emergencia, y en la mayoría de los casos, es fuera del área de servicio.)</b>	<p>0% ó 20% de coaseguro</p> <p>NO cubre fuera de los Estados Unidos, excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita para cuidado de urgencia cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup></p>	<p>\$0 de copago por cada visita para cuidado de urgencia cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup></p>
<b>17. Servicios Ambulatorios de Rehabilitación</b>  <b>(Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y lenguaje)</b>	<p>0% ó 20% de coaseguro</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>\$0 de copago por cada visita para terapia física</p>	<p>\$0 ó \$1 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>\$0 ó \$1 de copago por cada visita para terapia física y/o</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		<p>y/o del habla y lenguaje cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Usted necesita un referido de su Médico Primario para terapia física, ocupacional, del lenguaje y del habla, en oficina, cubierta por Medicare.</p> <p>Usted necesitará una precertificación para terapia del habla y lenguaje, en el hogar.</p> <p>Puede haber límites en los servicios de terapia física, terapia ocupacional y de patología del habla y lenguaje. Si es así, puede haber excepciones a estos límites.</p>	<p>del habla y lenguaje cubierta por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Usted necesita un referido de su Médico Primario para terapia física, ocupacional, del lenguaje y del habla, en oficina, cubierta por Medicare.</p> <p>Usted necesitará una precertificación para terapia del habla y lenguaje, en el hogar.</p> <p>Puede haber límites en los servicios de terapia física, terapia ocupacional y de patología del habla y lenguaje. Si es así, puede haber excepciones a estos límites.</p>
<b>SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS AMBULATORIOS</b>			
<p><b>18. Equipo Médico Duradero</b></p> <p><b>(Incluye sillones de rueda, oxígeno, entre otros)</b></p>	<p>0% ó 20% de coaseguro</p>	<p>0% ó 10% del costo para los artículos cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Las peticiones de equipo médico duradero se realizarán a través del Médico Primario, quien coordinará la entrega con Triple-S Salud. Usted necesitará una precertificación de Triple-</p>	<p>0% ó 15% del costo para los artículos cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Las peticiones de equipo médico duradero se realizarán a través del Médico Primario, quien coordinará la entrega con Triple-S Salud. Usted necesitará una precertificación de</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		S Salud para ciertos equipos. Usted necesitará un referido de su Médico Primario.	Triple-S Salud para ciertos equipos. Usted necesitará un referido de su Médico Primario.
<b>19. Aparatos Prostéticos</b>  (Incluye abrazaderas, extremidades y ojos artificiales, entre otros)	0% ó 20% de coaseguro	0% ó 5% del costo por los artículos cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup>  Usted necesitará una precertificación de Triple-S Salud y del Médico Primario para todos los aparatos prostéticos e implantes. Usted necesitará un referido de su Médico Primario.	0% ó 10% del costo por los artículos cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup>  Usted necesitará una precertificación de Triple-S Salud y del Médico Primario para todos los aparatos prostéticos e implantes. Usted necesitará un referido de su Médico Primario.
<b>20. Programas de Diabetes y Suministros</b>	0% ó 20% de coaseguro para el adiestramiento de automanejo de la diabetes.  0% ó 20% de coaseguro para suministros de diabetes.  0% ó 20% de coaseguro para zapatos terapéuticos y plantillas.	\$0 de copago por el costo del adiestramiento para el auto-manejo de la Diabetes. <sup>(1)</sup> Usted necesitará un referido del Médico Primario bajo ciertas circunstancias.  0% ó 20% de coaseguro para los suministros de monitoreo de la diabetes. <sup>(1)</sup>  Usted necesitará una precertificación del Médico Primario. Si	\$0 de copago por el costo del adiestramiento para el auto-manejo de la Diabetes. <sup>(1)</sup> Usted necesitará un referido del Médico Primario bajo ciertas circunstancias.  0% ó 20% de coaseguro para los suministros de monitoreo de la diabetes. <sup>(1)</sup>  Usted necesitará una precertificación del Médico Primario. Si usted se inscribe en el Programa de

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		<p>usted se inscribe en el Programa de Manejo de Diabetes pagará 0%, de lo contrario, usted paga hasta 20% de coaseguro.</p> <p>0% ó 20% de coaseguro para zapatos terapéuticos y plantillas. <sup>(1)</sup></p> <p>Usted necesitará una precertificación del Médico Primario.</p>	<p>Manejo de Diabetes pagará 0%, de lo contrario, usted paga hasta 20% de coaseguro.</p> <p>0% ó 20% de coaseguro para zapatos terapéuticos y plantillas. <sup>(1)</sup></p> <p>Usted necesitará una precertificación del Médico Primario.</p>
<p><b>21. Pruebas Diagnósticas, rayos-X, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b></p>	<p>0% ó 20% de coaseguro para las pruebas diagnósticas y Rayos-X.</p> <p>\$0 copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre 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</p>	<p>\$0 de copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- servicios de laboratorio <sup>(1)</sup></li> <li>- procedimientos y pruebas diagnósticas <sup>(1)</sup></li> <li>- rayos-X <sup>(1)</sup></li> <li>- servicios diagnósticos de radiología (no incluye rayos-X) <sup>(1)</sup></li> <li>- servicios terapéuticos de radiología <sup>(1)</sup></li> </ul> <p>Usted necesitará un referido de su Médico Primario bajo ciertas circunstancias.</p> <p>Usted necesitará una precertificación del Médico Primario para</p>	<p>\$0 – 50¢ de copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorios de alta tecnología <sup>(1)</sup></li> <li>- Laboratorios clínicos <sup>(1)</sup></li> <li>- Rayos – X <sup>(1)</sup></li> </ul> <p>\$0 - \$1 de copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas diagnósticas especializadas. <sup>(1)</sup></li> </ul> <p>Usted necesitará un referido de su Médico Primario bajo ciertas circunstancias.</p> <p>Usted necesitará una precertificación del Médico</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
	<p>Medicare. Los servicios diagnósticos de laboratorio son hechos para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar alguna sospecha de enfermedad o condición. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de rutina, como por ejemplo, el verificar su colesterol.</p> <p>0% ó 20% de coaseguro por examen digital rectal y otros servicios relacionados.</p> <p>Cubierto una vez al año para hombres de 50 años o más con Medicare.</p>	<p>procedimientos cardiovasculares invasivos.</p> <p>Usted necesitará una precertificación de Triple-S Salud para :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MRI,</li> <li>• MRA,</li> <li>• CT Scans,</li> <li>• Tomografía de Emisión de positrones (PET),</li> <li>• Algunas pruebas cardiovasculares y vasculares periferales</li> <li>• Prueba de esfuerzo, MUGA</li> <li>• Medicina Nuclear, y colonoscopia virtual, y</li> <li>• otros</li> </ul> <p>Las pruebas de laboratorio incluyen, pero no se limitan, a cualquier laboratorio con el propósito de diagnóstico de enfermedades, sea o no el diagnóstico final de la condición o enfermedad una exclusión de cubierta.</p>	<p>Primario para procedimientos cardiovasculares invasivos.</p> <p>Usted necesitará una precertificación de Triple-S Salud para :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MRI,</li> <li>• MRA,</li> <li>• CT Scans,</li> <li>• Tomografía de Emisión de positrones (PET),</li> <li>• Algunas pruebas cardiovasculares y vasculares periferales</li> <li>• Prueba de esfuerzo, MUGA</li> <li>• Medicina Nuclear, y colonoscopia virtual, y</li> <li>• otros</li> </ul> <p>Las pruebas de laboratorio incluyen, pero no se limitan, a cualquier laboratorio con el propósito de diagnóstico de enfermedades, sea o no el diagnóstico final de la condición o enfermedad una exclusión de cubierta.</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>			
<b>22. Servicios de Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar</b>	0% ó 20% de coaseguro para servicios de rehabilitación cardíaca  0% ó 20% de coaseguro para servicios de rehabilitación pulmonar  0% ó 20% de coaseguro para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva  Aplica a servicios provistos en la oficina de un médico. Coaseguro especificado para servicios provistos por departamentos ambulatorios de un hospital.	\$0 de copago para:  -Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare <sup>(1)</sup>  -Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare <sup>(1)</sup> - Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare <sup>(1)</sup>  Pueden aplicar reglas de autorización; incluyendo para vasoterapia.	\$1 de copago para:  -Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare <sup>(1)</sup>  -Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare <sup>(1)</sup> - Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare <sup>(1)</sup>  Pueden aplicar reglas de autorización; incluyendo para vasoterapia.
<b>23. Servicios Preventivos y Programas de Educación en Salud/Bienestar</b>	No coaseguro, copago o deducible para lo siguiente: -Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal. -Prueba de Densidad Ósea. Cubierta una vez cada 24 meses (más a menudo si es médicamente necesario) si usted cumple con	\$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos con 0% de coaseguro bajo Medicare Original : -Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal. -Prueba de Densidad Ósea. -Examen cardiovascular -Pruebas de cáncer	\$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos con 0% de coaseguro bajo Medicare Original : -Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal. -Prueba de Densidad Ósea. -Examen cardiovascular -Pruebas de cáncer cervical y vaginal (prueba de

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
	<p>ciertas condiciones médicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Examen cardiovascular</li> <li>-Pruebas de cáncer cervical y vaginal.</li> </ul> <p>Cubierta una vez cada 2 años. Anualmente para las aseguradas de Medicare en alto riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Examen de cáncer colorrectal</li> <li>-Prueba de diabetes</li> <li>-Vacuna de influenza</li> <li>-Vacuna de Hepatitis B para personas con Medicare que están en riesgo</li> <li>-Prueba de detección de VIH, \$0 copago, pero generalmente usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica. La detección del VIH está cubierta para personas con Medicare que estén embarazadas, personas con alto riesgo de infección, incluyendo a todas aquellas que soliciten la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta 3 veces</li> </ul>	<p>cervical y vaginal (prueba de Papanicolau y examen pélvico).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Examen de cáncer colorrectal.</li> <li>-Prueba de diabetes.</li> <li>-Vacuna de influenza.</li> <li>-Vacuna de Hepatitis B.</li> <li>-Prueba de detección de VIH.</li> <li>-Prueba de cáncer de seno (Mamografía).</li> <li>-Terapia de Nutrición Médica.</li> <li>-Plan de Prevención Personalizado (Visita Anual de Bienestar).</li> <li>- Vacuna de Neumonía.</li> <li>-Examen de cáncer en la próstata. Sólo la prueba de Antígeno Específico Prostático (PSA, por sus siglas en inglés).</li> <li>-Consejería para dejar de Fumar.</li> <li>- Examen de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial).</li> </ul> <p>Las vacunas que no están cubiertas por el Paquete de Beneficios de Medicare, serán provistas por el Departamento de</p>	<p>Papanicolau y examen pélvico).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Examen de cáncer colorrectal.</li> <li>-Prueba de diabetes.</li> <li>-Vacuna de influenza.</li> <li>-Vacuna de Hepatitis B.</li> <li>-Prueba de detección de VIH.</li> <li>-Prueba de cáncer de seno (Mamografía).</li> <li>-Terapia de Nutrición Médica.</li> <li>-Plan de Prevención Personalizado (Visita Anual de Bienestar).</li> <li>- Vacuna de Neumonía.</li> <li>-Examen de cáncer en la próstata. Sólo la prueba de Antígeno Específico Prostático (PSA, por sus siglas en inglés).</li> <li>-Consejería para dejar de Fumar.</li> <li>- Examen de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial).</li> </ul> <p>Las vacunas que no están cubiertas por el Paquete de Beneficios de Medicare, serán provistas por el Departamento de Salud de Puerto Rico. El Plan de</p>

- (1) Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.
- (2) Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.
- (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 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
	<p>durante el embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Prueba de cáncer de seno (Mamografía). Cubierta una (1) vez cada 12 meses para todas las mujeres de 40 años o más con Medicare. Una mamografía inicial cubierta para mujeres con Medicare entre 35 y 39 años.</li> <li>-Terapia de Nutrición Médica. La terapia de nutrición se ofrece a las personas que padecen de diabetes o enfermedad del riñón (pero que no reciben diálisis ni han recibido trasplante de riñón) cuando ha sido referida por su médico. Estos servicios pueden ofrecerse por un dietista registrado o incluir asesoría y consejería nutricional para ayudarle a manejar su condición de diabetes o del riñón.</li> <li>-Plan de Prevención Personalizado (Visita Anual de Bienestar)</li> <li>- Vacuna de Neumonía.</li> </ul> <p>Usted puede necesitar la vacuna de Neumonía</p>	<p>Salud de Puerto Rico. El Plan de Salud del Gobierno cubre la administración de las vacunas de acuerdo al itinerario establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico.</p> <p>La detección del VIH está cubierta para personas con Medicare que estén embarazadas, personas con alto riesgo de infección, incluyendo a todas aquellas que soliciten la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta 3 veces durante el embarazo. Comuníquese con el Plan para más detalles.</p> <p><b>Dentro de la Red</b></p> <p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hasta un (1) examen físico anual adicional</li> </ul> <p>El Plan cubre programas suplementarios de</p>	<p>Salud del Gobierno cubre la administración de las vacunas de acuerdo al itinerario establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico.</p> <p>La detección del VIH está cubierta para personas con Medicare que estén embarazadas, personas con alto riesgo de infección, incluyendo a todas aquellas que soliciten la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta 3 veces durante el embarazo. Comuníquese con el Plan para más detalles.</p> <p><b>Dentro de la Red</b></p> <p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hasta un (1) examen físico anual adicional</li> </ul> <p>El Plan cubre programas suplementarios de educación en salud/bienestar, para más detalles refiérase a la</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
	<p>sólo una vez en su vida. Comuníquese con su médico para más información.</p> <p>-Examen de cáncer en la próstata. Sólo la prueba de Antígeno Específico Prostático (PSA, por sus siglas en inglés). Cubierto una vez al año para hombres de 50 años o más con Medicare.</p> <p>-Consejería para dejar de Fumar: Cubierto si está ordenado por su médico. Incluye dos intentos de consejería dentro de un periodo de (12) doce meses. Cada intento de consejería incluye hasta un máximo de cuatro visitas cara a cara.</p> <p>- Examen de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial). Cuando usted obtiene la Parte B de Medicare, usted es elegible para: 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</p>	<p>educación en salud/bienestar, para más detalles refiérase a la categoría de beneficios #31.</p>	<p>categoría de beneficios #31.</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
	Visita Anual de Prevención. Después de pasar un año, usted tiene una Visita Anual de Prevención, cada 12 meses.		
<b>24. Enfermedad Renal y condiciones relacionadas</b>	0% ó 20% de coaseguro para diálisis renal.  0% ó 20% de coaseguro para servicios de educación sobre enfermedad renal.	\$0 copago para diálisis renal dentro y fuera del área. <sup>(1)</sup>  \$0 copago para servicios de educación sobre enfermedad renal. <sup>(1)</sup>	\$0 copago para diálisis renal dentro y fuera del área. <sup>(1)</sup>  \$0 copago para servicios de educación sobre enfermedad renal. <sup>(1)</sup>
<b>25. Medicamentos</b>	La mayoría de los medicamentos no están cubiertos bajo Medicare Original. Usted puede añadir una cubierta de medicamentos al Medicare Original suscribiéndose a un Plan de Medicamentos de la Parte D, o usted puede obtener un Plan de Medicare que ofrezca una cubierta de medicamentos de la Parte Parte D como “Medicare Advantage” o “Medicare Cost Plan”.	<b>Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare</b>  \$0 de copago para medicamentos cubiertos por la Parte B, incluyendo medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.  \$0 deducible anual para medicamentos cubiertos por la Parte B.  <b>Medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare</b>  Este Plan usa un Formulario o Lista de	<b>Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare</b>  \$0 de copago para medicamentos cubiertos por la Parte B, incluyendo medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.  \$0 deducible anual para medicamentos cubiertos por la Parte B.  <b>Medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare</b>  Este Plan usa un Formulario o Lista de

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
		<p>Medicamentos. Le enviaremos el Formulario o Lista de Medicamentos. También, usted puede ver la lista en nuestro portal en la internet, <a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a>.</p> <p>Pueden aplicar diferentes desembolsos para personas que tienen bajos ingresos o que residen en facilidades de cuidado prolongado.</p> <p>Su cubierta de medicamentos dentro de la red puede estar limitada al área de servicio del Plan. Esto significa que si usted viaja fuera del área de servicio, usted tendría que pagar el costo total de sus medicamentos. En ciertas emergencias, sus medicamentos podrían estar cubiertos si usted los obtiene en una farmacia fuera de la red, pero puede que usted tenga que pagar cargos adicionales. Comuníquese con el Plan para detalles.</p>	<p>Medicamentos. Le enviaremos el Formulario o Lista de Medicamentos. También, usted puede ver la lista en nuestro portal en la internet, <a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a>.</p> <p>Pueden aplicar diferentes desembolsos para personas que tienen bajos ingresos o que residen en facilidades de cuidado prolongado.</p> <p>Su cubierta de medicamentos dentro de la red puede estar limitada al área de servicio del Plan. Esto significa que si usted viaja fuera del área de servicio, usted tendría que pagar el costo total de sus medicamentos. En ciertas emergencias, sus medicamentos podrían estar cubiertos si usted los obtiene en una farmacia fuera de la red, pero puede que usted tenga que pagar cargos adicionales. Comuníquese con el Plan para detalles.</p> <p>El costo total anual es el</p>

- (1) Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.
- (2) Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.
- (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 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	<i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i>	<i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i>
		<p>El costo total anual es el costo total pagado por usted, el Plan y Medicare.</p> <p>El Plan puede requerir que usted primero utilice un medicamento para tratar su condición médica, antes de que cubra otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener una precertificación de <b>Triple-S Salud</b> para ciertos medicamentos.</p> <p>El Plan pagará por ciertos medicamentos <i>Sin Leyenda Federal</i> (OTC, por sus siglas en inglés) como parte de su programa de manejo de utilización. Algunos medicamentos <i>Sin Leyenda Federal</i> (OTC, por sus siglas en inglés) son menos costosos que los medicamentos con receta y trabajan de igual manera. Comuníquese con</p>	<p>costo total pagado por usted, el Plan y Medicare.</p> <p>El Plan puede requerir que usted primero utilice un medicamento para tratar su condición médica, antes de que cubra otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener una precertificación de <b>Triple-S Salud</b> para ciertos medicamentos.</p> <p>El Plan pagará por ciertos medicamentos <i>Sin Leyenda Federal</i> (OTC, por sus siglas en inglés) como parte de su programa de manejo de utilización. Algunos medicamentos <i>Sin Leyenda Federal</i> (OTC, por sus siglas en inglés) son menos costosos que los medicamentos con receta y trabajan de igual manera. Comuníquese con el Plan para más información.</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
		<p>el Plan para más información.</p> <p>Usted debe ir a ciertas farmacias para obtener un número bien limitado de medicamentos, debido a los requisitos de manejo especial, coordinación entre proveedores, o por requisitos de educación al asegurado que no pueden cumplir la mayoría de las farmacias de la red. Estos medicamentos se mencionan en el portal del Plan en la Internet, en el Formulario o Lista de Medicamentos, en los materiales impresos, así como en el <i>Medicare Prescription Drug Plan Finder</i> en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo actual de un medicamento es menor que su copago o coaseguro, usted sólo pagará el costo actual del medicamento, no la cantidad mayor del copago o coaseguro.</p> <p>En el 2012, usted pagará las siguientes cantidades</p>	<p>Usted debe ir a ciertas farmacias para obtener un número bien limitado de medicamentos, debido a los requisitos de manejo especial, coordinación entre proveedores, o por requisitos de educación al asegurado que no pueden cumplir la mayoría de las farmacias de la red. Estos medicamentos se mencionan en el portal del Plan en la Internet, en el Formulario o Lista de Medicamentos, en los materiales impresos, así como en el <i>Medicare Prescription Drug Plan Finder</i> en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo actual de un medicamento es menor que su copago o coaseguro, usted sólo pagará el costo actual del medicamento, no la cantidad mayor del copago o coaseguro.</p> <p>En el 2012, usted pagará las siguientes cantidades para los medicamentos con receta:</p>

- (1) Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.
- (2) Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.
- (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 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		<p>para los medicamentos con receta:</p> <p>Nivel de Deducible 0 (Límite de bajo ingreso 0%- 50%): \$0.00 por medicamentos</p> <p>Nivel de Deducible 1 (Límite de bajo ingreso 51% - 100%) 50¢ por medicamentos</p> <p><b>Farmacia al Detal</b></p> <p>Usted puede obtener medicamentos de la(s) siguiente(s) manera(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suplido de un mes (30 días)</li> <li>▪ suplido de tres meses (90 días)</li> <li>▪ suplido de 15 días</li> </ul> <p>No todos los medicamentos están disponibles para este suplido extendido. Comuníquese con el Plan para más información.</p> <p><b>Farmacia de Cuidado Prolongado</b></p>	<p>Nivel de Deducible 0 (Límite de bajo ingreso 0%- 50%): \$0.00 por medicamentos</p> <p>Nivel de Deducible 1 (Límite de bajo ingreso 51% - 100%) 50¢ por medicamentos</p> <p><b>Farmacia al Detal</b></p> <p>Usted puede obtener medicamentos de la(s) siguiente(s) manera(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suplido de un mes (30 días)</li> <li>▪ suplido de tres meses (90 días)</li> <li>▪ suplido de 15 días</li> </ul> <p>No todos los medicamentos están disponibles para este suplido extendido. Comuníquese con el Plan para más información.</p> <p><b>Farmacia de Cuidado Prolongado</b></p> <p>Usted puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
		<p>Usted puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suplido de un mes (31 días)</li> </ul> <p><b>Servicio de Envío de Medicamentos por Correo</b></p> <p>Usted puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suplido de tres (3) meses (90 días)</li> </ul> <p>No todos los medicamentos están disponibles para este suplido extendido. Comuníquese con el Plan para más información.</p> <p>La cubierta del <i>Wrap</i> comienza cuando el beneficio de medicamentos de Medicare termina (incluyendo el proceso de apelaciones de CMS para la Parte D).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suplido de un mes (31 días)</li> </ul> <p><b>Servicio de Envío de Medicamentos por Correo</b></p> <p>Usted puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suplido de tres (3) meses (90 días)</li> </ul> <p>No todos los medicamentos están disponibles para este suplido extendido. Comuníquese con el Plan para más información.</p> <p>La cubierta del <i>Wrap</i> comienza cuando el beneficio de medicamentos de Medicare termina (incluyendo el proceso de apelaciones de CMS para la Parte D).</p> <p>El formulario de la Parte D de los Planes MA está sujeto a los copagos de Platino.</p>

(1) Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

(2) Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

(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 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
		<p>El formulario de la Parte D de los Planes MA está sujeto a los copagos de Platino.</p> <p>Los medicamentos no incluidos en el Formulario de Medicamentos de la Parte D están sujetos al Proceso de Excepción o al Proceso de Apelación de CMS.</p> <p>Los medicamentos que no están cubiertos en la Lista de Medicamentos Preferidos del Plan de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI Salud) y en el Formulario o Lista de Medicamentos de la Parte D de este Plan, pero que han sido aprobados bajo el proceso de apelación de CMS, están sujetos a los copagos del BENEFICIO COMPLEMENTARIO (<i>Wrap</i>) DE MEDICARE PLATINO, si estos se incluyen en el Formulario o Lista de Medicamentos original del Plan de Salud del Gobierno de Puerto</p>	<p>Los medicamentos no incluidos en el Formulario de Medicamentos de la Parte D están sujetos al Proceso de Excepción o al Proceso de Apelación de CMS.</p> <p>Los medicamentos que no están cubiertos en la Lista de Medicamentos Preferidos del Plan de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI Salud) y en el Formulario o Lista de Medicamentos de la Parte D de este Plan, pero que han sido aprobados bajo el proceso de apelación de CMS, están sujetos a los copagos del BENEFICIO COMPLEMENTARIO (<i>Wrap</i>) de MEDICARE PLATINO, si estos se incluyen en el Formulario o Lista de Medicamentos original del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>La participación al costo de la Parte D (primas, deducibles, coaseguros).</p>

- (1) Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.
- (2) Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.
- (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 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
		<p>Rico.</p> <p>La participación al costo de la Parte D (primas, deducibles, coaseguros).</p> <p>Los siguientes medicamentos que están excluidos de los beneficios de la Parte D y que están cubiertos en la Lista de Medicamentos Preferidos del Plan de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico, deben ser cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Benzodicepinas</li> <li>▪ Vitaminas prescritas</li> </ul> <p>El Plan cubrirá los siguientes medicamentos (barbitúricos) que se incluyen en diferentes categorías del Formulario o Lista de Medicamentos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fenobarbital - Anticonvulsante</li> <li>▪ Primidona - Anticonvulsante</li> <li>▪ Apap / Butalbital / Cafeína (Fioricet) - Migraña</li> </ul>	<p>Los siguientes medicamentos que están excluidos de los beneficios de la Parte D y que están cubiertos en la Lista de Medicamentos Preferidos del Plan de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico, deben ser cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Benzodicepinas</li> <li>▪ Vitaminas prescritas</li> </ul> <p>El Plan cubrirá los siguientes medicamentos (barbitúricos) que se incluyen en diferentes categorías del Formulario o Lista de Medicamentos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fenobarbital - Anticonvulsante</li> <li>▪ Primidona - Anticonvulsante</li> <li>▪ Apap / Butalbital / Cafeína (Fioricet) - Migraña</li> </ul> <p><b>Fuera de la Red</b></p> <p>Los medicamentos pueden estar cubiertos en farmacias fuera de la red en</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
		<p><b>Fuera de la Red</b></p> <p>Los medicamentos pueden estar cubiertos en farmacias fuera de la red en circunstancias especiales, por ejemplo, que usted se enferme mientras viaja fuera del área de servicio donde no haya farmacias de la red. Usted tendría que pagar más de lo que es el copago normal si obtiene medicamentos en farmacias fuera de la red. Además, podría tener que pagar el costo total en la farmacia y luego someter la evidencia para solicitar un reembolso a <b>Triple-S Salud</b>.</p> <p>Usted puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suprido de un mes (30 días)</li> </ul> <p>Triple-S Salud le reembolsará el 100% de lo que hubiese pagado a una farmacia participante</p>	<p>circunstancias especiales, por ejemplo, que usted se enferme mientras viaja fuera del área de servicio donde no haya farmacias de la red. Usted tendría que pagar más de lo que es el copago normal si obtiene medicamentos en farmacias fuera de la red. Además, podría tener que pagar el costo total en la farmacia y luego someter la evidencia para solicitar un reembolso a <b>Triple-S Salud</b>.</p> <p>Usted puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suprido de un mes (30 días)</li> </ul> <p>Triple-S Salud le reembolsará el 100% de lo que hubiese pagado a una farmacia participante menos el copago o coaseguro que aplique según el nivel del medicamento y su cubierta.</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
		menos el copago o coaseguro que aplique según el nivel del medicamento y su cubierta.	
<b>BENEFICIOS ADICIONALES (Lo Que Medicare Original No Cubre)</b>			
<b>26. Servicios Dentales</b>	Servicios dentales preventivos (tal como las limpiezas) no están cubiertos.	<p>Los servicios dentales cubiertos se identificarán usando los códigos publicados de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés) para los procedimientos establecidos por ASES.</p> <p><b>SERVICIOS PREVENTIVOS Y DIAGNÓSTICOS</b></p> <p><b>\$0 de copago por los siguientes servicios dentales diagnósticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un examen oral completo</li> <li>▪ Un examen oral periódico cada seis meses</li> <li>▪ Un examen oral para un problema definido</li> <li>▪ Una serie completa de radiografías intra-orales, incluyendo mordida, cada tres</li> </ul>	<p>Los servicios dentales cubiertos se identificarán usando los códigos publicados de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés) para los procedimientos establecidos por ASES.</p> <p><b>SERVICIOS PREVENTIVOS Y DIAGNÓSTICOS</b></p> <p><b>\$0 - \$1 de copago por los siguientes servicios dentales diagnósticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un examen oral completo</li> <li>▪ Un examen oral periódico cada seis meses</li> <li>▪ Un examen oral para un problema definido</li> <li>▪ Una serie completa de radiografías intra-orales, incluyendo mordida, cada tres años</li> </ul>

(1) Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

(2) Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

(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 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		<p>años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una radiografía intra-oral periapical inicial</li> <li>▪ Hasta cinco radiografías periapicales intra-orales adicionales por año</li> <li>▪ Una radiografía sencilla de mordida por año</li> <li>▪ Una radiografía doble de mordida por año</li> <li>▪ Una radiografía panorámica cada tres años</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por los siguientes servicios dentales preventivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una limpieza de niño cada seis meses</li> <li>▪ Una limpieza de adulto cada seis meses</li> <li>▪ Una aplicación tópica de fluoruro cada seis meses para asegurados menores de 19 años</li> <li>▪ Selladores de fisuras de por vida para asegurados hasta 14</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una radiografía intra-oral periapical inicial</li> <li>▪ Hasta cinco radiografías periapicales intra-orales adicionales por año</li> <li>▪ Una radiografía sencilla de mordida por año</li> <li>▪ Una radiografía doble de mordida por año</li> <li>▪ Una radiografía panorámica cada tres años</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por los siguientes servicios dentales preventivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una limpieza de niño cada seis meses</li> <li>▪ Una limpieza de adulto cada seis meses</li> <li>▪ Una aplicación tópica de fluoruro cada seis meses para asegurados menores de 19 años</li> <li>▪ Selladores de fisuras de por vida para asegurados hasta 14 años de edad inclusive. Incluye molares deciduales</li> </ul>

(1) Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

(2) Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

(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 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
		<p>años de edad inclusive. Incluye molares deciduales hasta los 8 años cuando sea clínicamente necesario por tendencias a tener caries.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento paliativo</li> <li>▪ Procedimiento no especificado, por reporte</li> </ul> <p><b><i>SERVICIOS DENTALES COMPRENSIVOS</i></b></p> <p><b>\$0 de copago por los siguientes servicios dentales restaurativos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Restauración de amalgama</li> <li>▪ Restauración de resina</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por los servicios de cirugía oral cubiertos</b></p> <p><b>\$0 de copago por los siguientes servicios dentales de endodoncia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Root canal</li> </ul>	<p>hasta los 8 años cuando sea clínicamente necesario por tendencias a tener caries.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento paliativo</li> <li>▪ Procedimiento no especificado, por reporte</li> </ul> <p><b><i>SERVICIOS DENTALES COMPRENSIVOS</i></b></p> <p><b>\$0 - \$1 de copago por los siguientes servicios dentales restaurativos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Restauración de amalgama</li> <li>▪ Restauración de resina</li> </ul> <p><b>\$0 - \$1 de copago por los servicios de cirugía oral cubiertos</b></p> <p><b>\$0 - \$1 de copago por los siguientes servicios dentales de endodoncia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Root canal</li> </ul> <p><i>Los siguientes servicios están sujetos a un beneficio máximo de \$500 por año.</i></p> <p><i>Se requiere</i></p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		<p><i>Los siguientes servicios están sujetos a un beneficio máximo de \$500 por año.</i></p> <p><i>Se requiere precertificación para algunos servicios.</i></p> <p><b>\$0 de copago por los siguientes servicios dentales de endodoncia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recubrimiento pulpar directo e indirecto – uno por diente por vida</li> <li>▪ Retratamiento de <i>root canal</i> previo – anterior y bicúspide</li> <li>▪ Procedimiento no especificado, por reporte</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por los siguientes servicios dentales de periodoncia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación comprensiva</li> <li>▪ Cirugías</li> <li>▪ Hasta un máximo de \$500 por cada año</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por los siguientes servicios dentales de prostodoncia:</b></p>	<p><i>precertificación para algunos servicios.</i></p> <p><b>\$0 - \$1 de copago por los siguientes servicios dentales de endodoncia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recubrimiento pulpar directo e indirecto – uno por diente por vida</li> <li>▪ Retratamiento de <i>root canal</i> previo – anterior y bicúspide</li> <li>▪ Procedimiento no especificado, por reporte</li> </ul> <p><b>\$0 - \$1 de copago por los siguientes servicios dentales de periodoncia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación comprensiva</li> <li>▪ Cirugías</li> <li>▪ Hasta un máximo de \$500 por cada año</li> </ul> <p><b>No se cubren los servicios dentales de prostodoncia.</b></p>

(1) Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

(2) Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

(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 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dentaduras parciales y completas</li> <li>▪ Ajuste y reparación de dentaduras parciales o completas</li> <li>▪ Hasta un máximo de \$500 por cada cinco años.</li> </ul>	
<b>27. Servicios de Audición</b>	<p>Exámenes rutinarios de audición suplementarios y aparatos auditivos no están cubiertos.</p> <p>0% ó 20% de coaseguro por exámenes diagnósticos de audición.</p>	<p>\$0 de copago por los exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>Cubierta incluye hasta un (1) examen auditivo de rutina suplementario al año</p> <p>\$0 copago para un (1) aparato auditivo cada tres años.</p> <p>Hasta un máximo de \$250 para aparatos auditivos cada tres años.</p> <p>\$0 - \$1 de copago por exámenes de audición rutinarios dentro de la cubierta del beneficio complementario (<i>Wrap</i>) de Medicare Platino.</p>	<p>\$0 de copago por los exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare. <sup>(1)</sup></p> <p>\$1 de copago para hasta un (1) examen suplementario auditivo de rutina al año</p> <p>\$0 - \$1 de copago por exámenes de audición rutinarios dentro de la cubierta del beneficio complementario (<i>Wrap</i>) de Medicare Platino.</p> <p>No se cubren los aparatos auditivos.</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
<b>28. Servicios de Visión</b>	<p>0% ó 20% de coaseguro por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo.</p> <p>Exámenes rutinarios suplementarios y espejuelos no están cubiertos.</p> <p>Medicare paga un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata.</p> <p>Evaluación anual de glaucoma está cubierta para personas que están en riesgo.</p>	<p>\$0 de copago por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo. <sup>(1)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cubierta incluye hasta un (1) examen de la vista rutinario suplementario al año.</li> </ul> <p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata. <sup>(1)</sup></li> <li>1 par de espejuelos o lentes de contacto hasta un máximo de \$200.00, cada 2 años.</li> </ul> <p>\$0 -\$1 de copago por exámenes de la vista rutinarios bajo la cubierta de beneficio complementario (<i>Wrap</i>).</p>	<p>\$0 de copago por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo. <sup>(1)</sup></p> <p>\$1 de copago para hasta un (1) examen de la vista rutinario suplementario al año.</p> <p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un (1) par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata. <sup>(1)</sup></li> <li>Un (1) par de espejuelos o lentes de contacto hasta un máximo de \$50.00 cada 2 años.</li> </ul> <p>\$0 -\$1 de copago por exámenes de la vista rutinarios bajo la cubierta de beneficio complementario (<i>Wrap</i>).</p>
<b>29. Artículos Sin Leyenda Federal (OTC, por sus siglas en inglés)</b>	No se cubre	<p>\$0 de copago por artículos <i>Sin Leyenda Federal</i> (OTC) cubiertos.</p> <p>Hasta \$15.00 cada tres (3) meses por artículos OTC cubiertos.</p>	<p>\$0 de copago por artículos <i>Sin Leyenda Federal</i> (OTC) cubiertos.</p> <p>Hasta \$15.00 cada tres (3) meses por artículos OTC cubiertos.</p>

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		Visite nuestro portal de Internet para ver nuestra lista de artículos cubiertos <i>Sin Leyenda Federal</i> . Los artículos OTC sólo se pueden adquirir para el asegurado. Comuníquese con Triple-S Salud para instrucciones específicas de cómo utilizar este beneficio.	Visite nuestro portal de Internet para ver nuestra lista de artículos cubiertos <i>Sin Leyenda Federal</i> . Los artículos OTC sólo se pueden adquirir para el asegurado. Comuníquese con Triple-S Salud para instrucciones específicas de cómo utilizar este beneficio.
<b>30. Medicina Alternativa</b>  (por proveedores autorizados por el estado; incluye acupuntura, sanación pránica, aromaterapia medicina naturopática, entre otros.)	No se cubre	\$1.00 de copago por visitas cubiertas de Medicina Alternativa.  Hasta un máximo de cuatro (4) visitas por año.	\$3.00 de copago por visitas cubiertas de Medicina Alternativa.  Hasta un máximo de cuatro (4) visitas por año.
<b>31. Programas de Bienestar y Educación en Salud adicionales</b>	No se cubre	Este Plan cubre los siguientes beneficios complementarios de Bienestar y Educación en Salud:  ▪ Programa de Manejo de Condiciones Crónicas y Programas Educativos (Diabetes,, Enfermedad Pulmonar Crónica, Hipertensión	Este Plan cubre los siguientes beneficios complementarios de Bienestar y Educación en Salud:  ▪ Programa de Manejo de Condiciones Crónicas y Programas Educativos (Diabetes,, Enfermedad Pulmonar Crónica, Hipertensión Arterial y

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</b>	<b>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</b>
		Arterial y Fallo Cardíaco Congestivo) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Material educativo de salud, incluyendo un boletín</li> <li>▪ Adiestramiento Nutricional</li> <li>▪ Educación adicional para dejar de fumar</li> <li>▪ Línea de Enfermería para consultas de salud</li> <li>▪ Programa <b>FarmaOrienta</b></li> <li>▪ Otros servicios para el bienestar de la salud</li> </ul> También están cubiertas la Educación y Orientación sobre salud física, salud oral y nutrición.	Fallo Cardíaco Congestivo) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Material educativo de salud, incluyendo un boletín</li> <li>▪ Adiestramiento Nutricional</li> <li>▪ Educación adicional para dejar de fumar</li> <li>▪ Línea de Enfermería para consultas de salud</li> <li>▪ Programa <b>FarmaOrienta</b></li> <li>▪ Otros servicios para el bienestar de la salud</li> </ul> También están cubiertas la Educación y Orientación sobre salud física, salud oral y nutrición.
<b>32. Monitor de Presión Arterial</b>	No se cubre	\$0.00 de copago por monitor de presión arterial, cubierto bajo ciertas condiciones y ciertas circunstancias.	\$0.00 de copago por monitor de presión arterial, cubierto bajo ciertas condiciones y ciertas circunstancias.
<b>33. Inmunización</b>	No se cubre	\$0.00 copago por vacunas para niños de 0 a 21 años: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Difteria</li> <li>b. Polio (ipv)</li> <li>c. Polio (opv)</li> <li>d. Hepatitis B</li> <li>e. Sarampión, paperas y rubeola</li> </ul>	\$0.00 copago por vacunas para niños de 0 a 21 años: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Difteria</li> <li>b. Polio (ipv)</li> <li>c. Polio (opv)</li> <li>d. Hepatitis B</li> <li>e. Sarampión, paperas y rubeola</li> </ul>

(1) Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

(2) Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

(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 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
		f. Tétano g. Pulmonía h. Virus de Papiloma Humano (HPV) i. Difteria, Tétano y Polio j. Inmunoglobulina k. Vacuna contra el Virus Sincitial Respiratorio (para bebés) l. Vacuna para la Hepatitis A para niños de 12 a 17 meses m. Refuerzo tétano y difteria cada 10 años n. Vacuna para las varicelas para niños de hasta 12 años o. Vacuna para el Virus Neumococo Conjugado (para niñas y adolescentes) p. Influenza (para personas de 65 años o más)	f. Tétano g. Pulmonía h. Virus de Papiloma Humano (HPV) i. Difteria, Tétano y Polio j. Inmunoglobulina k. Vacuna contra el Virus Sincitial Respiratorio (para bebés) l. Vacuna para la Hepatitis A para niños de 12 a 17 meses m. Refuerzo tétano y difteria cada 10 años n. Vacuna para las varicelas niños de hasta 12 años o. Vacuna para el Virus Neumococo Conjugado (para niñas y adolescentes) p. Influenza (para personas de 65 años o más)
<b>34. Transportación</b>	No se cubre	\$0 de copago para transportación de no emergencia.  \$0 de copago para transportación de no emergencia, según	\$0 de copago para transportación de no emergencia.  \$0 de copago para transportación de no emergencia, según

(1) Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

(2) Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

(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 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. Personas con impedimentos auditivos o del habla deben llamar al (787) 749-4059 o libre de cargos al 1-800-383-4457.

<b>CATEGORÍA DE BENEFICIO</b>	<b>MEDICARE ORIGINAL</b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i></b>	<b><i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i></b>
		indicado por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (no necesita precertificación).  Usted necesitará un referido de Triple-S Salud y pueden aplicar normas de autorización.	indicado por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (no necesita precertificación).  Usted necesitará un referido de Triple-S Salud y pueden aplicar normas de autorización.
<b>35. Acupuntura</b>	No se cubre	Cubierta dentro de la categoría #30 de Medicina Alternativa.	Cubierta dentro de la categoría #30 de Medicina Alternativa.
<b>36. Planificación Familiar</b>	No se cubre	\$0.00 copago (Acceso a métodos contraceptivos)	\$0.00 copago (Acceso a métodos contraceptivos)
<b>39. Cubierta Especial</b>	No cubierto	\$0.00 - \$1.00 de copago para los servicios relacionados con Tuberculosis y Lepra.	\$0.00 - \$1.00 de copago para los servicios relacionados con Tuberculosis y Lepra.

<sup>(1)</sup> Puede que usted no tenga responsabilidades de costos compartidos para servicios del Medicare Original, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

<sup>(2)</sup> Si va a recibir servicios de proveedores fuera de la red, consulte con su Plan sobre los costos compartidos.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Los días de reserva por vida pueden ser usados una sola vez.

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

## INFORMACION ADICIONAL

### ¿QUÉ ES UN MÉDICO PRIMARIO?

Cuando usted se suscribe a los Planes de **Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)** usted tiene que elegir un proveedor del Plan para que sea su Médico Primario. Su Médico Primario es un médico que cumple con todos los requisitos necesarios en Puerto Rico y está adiestrado para proveerle cuidados médicos básicos. Como explicaremos a continuación, usted obtendrá su cuidado de rutina o básico a través de su Médico Primario. Además, su Médico Primario coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como asegurado. Por ejemplo, para realizarse algunas cirugías electivas, usualmente necesita primero la aprobación de su Médico Primario (a esto lo conocemos como obtener un “referido”). En los Planes de **Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)**, las visitas a un Obstetra, Ginecólogo y Urólogo no requieren referido del Médico Primario. Además, la visita inicial a un Cardiólogo, Endocrinólogo, Oftalmólogo, Ortopeda, Reumatólogo, Neumólogo y Gastroenterólogo no requieren referido del Médico Primario. La visita a un Psiquiatra no requiere referido. Los especialistas dentro de la red preferida tampoco requieren un referido.

Cuando usted escoge uno de los Planes de **Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)**, usted tiene que escoger una **IPA** (Asociación de Práctica Independiente o *Independent Practice Association*, por sus siglas en inglés) y un Médico Primario. Es recomendable que lo escoja dentro de la región en la que usted vive. Los médicos están agrupados por IPAs para proveer servicios a los asegurados de los Planes **Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)**, Cada IPA es un equipo de médicos compuesto por generalistas, médicos de familia, internistas, geriatras y pediatras, entre otros. Cuando usted selecciona una IPA como su grupo de cuidado primario, usted tiene que escoger un Médico Primario dentro del grupo (IPA) como su médico principal.

### QUÉ HACER SI TIENE UNA EMERGENCIA

En una emergencia, usted debe obtener cuidado de inmediato. Usted **no** tiene que comunicarse con su Médico Primario, ni obtener permiso en una emergencia. Usted debe marcar 911 para obtener ayuda inmediata por teléfono, o dirigirse a la sala de emergencia, hospital o centro de cuidado de urgencia más cercano. En caso de que usted tenga duda de si su condición es o no una emergencia puede comunicarse con **Teleconsulta** (línea de ayuda), libre de cargos, al **1-800-255-4375** ó al 1-866-280-2050 (TTY/TDD) para orientación (24 horas al día, 7 días a la semana).

## PROGRAMAS DISPONIBLES

Cuando usted se suscribe a los Planes de **Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)** usted tiene disponible:

- **Teleconsulta (Línea de enfermería de Triple-S Salud):** En *Teleconsulta*, siempre habrá un profesional de salud disponible para ayudarle las 24 horas, los 7 días de la semana. Si usted necesita hablar con su Médico Primario u obtener cuidado médico cuando la oficina del Médico Primario está cerrada, y no es una emergencia médica, llame a *Teleconsulta*.
- **Manejo de Enfermedades:** Usted tiene disponible una variedad de programas de manejo de enfermedades incluyendo Diabetes, Fallo Cardíaco Congestivo, Enfermedad Pulmonar Crónica e Hipertensión. Triple-S Salud le ayuda a manejar la enfermedad y le informa cómo controlar la condición. También puede obtener beneficios adicionales al participar de estos programas.
- **Educación:** Usted recibirá información educativa de diferentes temas de salud de forma que pueda prevenir y controlar las enfermedades. Triple-S Salud desea que usted esté en buen estado de salud, por eso le ayudaremos a alcanzar esta meta proveyéndole la educación que usted necesita.

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

### **MEDICAMENTOS SIN LEYENDA FEDERAL (OTC)**

Triple-S Salud está añadiendo a su cubierta de farmacia ciertos medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés); con \$0.00 copago, como parte del Programa de Terapia Escalonada. Refiérase al Formulario o Lista de Medicamentos para información detallada.

Si usted y su médico determinan que el OTC es una alternativa viable de tratamiento, para obtener el medicamento a través de su cubierta de farmacia, **su médico le debe proveer una receta donde la elección del medicamento OTC esté claramente especificado.** Su médico puede usar la siguiente información como referencia para el producto que será incluido en la receta.

<b>Producto</b>	<b>Presentación</b>	<b>Copago</b>	<b>Producto</b>	<b>Presentación</b>	<b>Copago</b>
PREVACID OTC	CAP 15 MG	\$0.00	CLARITIN	TAB 10MG	\$0.00
ZEGERID OTC	CAP 20/1100 MG	\$0.00	CLARITIN	CHEW TAB 5 MG	\$0.00
PRILOSEC OTC	TAB 20 MG	\$0.00	CLARITIN D	TAB 24 HRS 10 MG/240 MG	\$0.00
OMEPRAZOLE	TAB 20 MG	\$0.00	CLARITIN RDT	TAB 10MG	\$0.00
ZADITOR	OPHTH SOLN 0.025%	\$0.00	CLARITIN SYR	SYR 10MG/10 ML	\$0.00
ALAWAY	OPHTH SOLN 0.025%	\$0.00	CLARITIN-D	TAB 12 HRS 5 MG/120 MG	\$0.00
ALLER CLEAR	TAB 10 MG	\$0.00	ALAVERT	TAB 10MG	\$0.00
ALLERGY RELF	TAB 10MG	\$0.00	ALAVERT	TAB NON-DROW	\$0.00
ALLERGY RELF	SYR 5MG/5ML	\$0.00	ALAVERT ALGY SINUS	TAB 12 HRS 5 MG/120 MG	\$0.00
ALLERGY RELF D-24	TAB 24 HRS 10 MG/240 MG	\$0.00	ALAVERT SYR	SYR 10 MG/10 ML	\$0.00
LORATADINE	TAB 10MG	\$0.00	ZYRTEC CHILD CHEWABLE	TAB CHEWABLE 5 MG, 10 MG	\$0.00
LORATADINE SYR	SYR 5MG/5ML	\$0.00	CETIRIZINE CHEWABLE	TAB CHEWABLE 5 MG, 10 MG	\$0.00
LORATADINE-D	TAB 12 HRS 5 MG/120 MG	\$0.00	ZYRTEC HIVES	TAB 10 MG	\$0.00
LORATADINE-D	TAB 24 HRS 10 MG/240 MG	\$0.00	ZYRTEC ALLERGY	TAB 10 MG	\$0.00
TAVIST ND	TAB 10 MG	\$0.00	CETIRIZINE	TAB 5 MG, 10 MG	\$0.00
WAL-ITIN	TAB 10 MG	\$0.00	ZYRTEC D ALLERGY	TAB 12 HRS 5 MG/120 MG	\$0.00
WAL-ITIN	SYR 5 MG/5 ML	\$0.00	ZYRTEC HIVES SYR	SYR 1MG/ML	\$0.00
WAL-ITIN D	TAB 24 HRS 10 MG/240 MG	\$0.00	ZYRTEC CHILD SYR	SYR 1MG/ML	\$0.00

### **TRIPLE-S SALUD FARMAORIENTA (PROGRAMA DE MANEJO DE MEDICAMENTOS)**

Triple-S *FarmaOrienta*, nuestro Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos, le ayudará a identificar interacciones y alergias a los medicamentos, uso de medicamentos con el mismo efecto y posibles errores con los medicamentos. Además, Triple-S *FarmaOrienta* le brinda información, educación y monitoreo en el cuidado de su salud. Si usted es seleccionado para participar, se le enviará información específica del programa, incluyendo información sobre cómo acceder a éste. Recuerde, usted no tiene que pagar nada adicional para participar.

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

## **FORMULARIO O LISTA DE MEDICAMENTOS PARA LOS PLANES TRIPLE-S MEDICARE SELECTO CON MEDICARE PLATINO (HMO SNP)**

El Comité de Farmacia y Terapéutica revisa constantemente los medicamentos que se incluyen en el Formulario o Lista de Medicamentos de Triple-S Salud. El Formulario o Lista de Medicamentos detalla los medicamentos que se consideran cubiertos. El Comité de Farmacia y Terapéutica evaluará cada medicamento nuevo que requiera ser incluido en el Formulario o Lista de Medicamentos. Dada la naturaleza de este proceso, el Comité de Farmacia y Terapéutica puede requerir la inclusión o exclusión de ciertos medicamentos de acuerdo con los cambios en la práctica normal de tratamiento de enfermedades.

Podemos añadir o retirar medicamentos de nuestra Lista o Formulario de Medicamentos durante el año. Los cambios en la Lista o Formulario podrían afectar qué medicamentos están cubiertos y cuánto usted tendrá que pagar cuando obtenga su receta. Notificaremos por escrito cualquier cambio a la Lista o Formulario a todos nuestros asegurados de los Planes de **Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)** que estén tomando un medicamento en particular. Esta notificación se le enviará al menos sesenta (60) días antes de que el cambio sea efectivo. Sin embargo, si un medicamento es excluido de nuestra Lista de Medicamentos o Formulario porque el medicamento fue sacado del mercado, no se enviará una notificación. En vez de esto, el medicamento se retirará inmediatamente de nuestro Formulario y se notificará a los asegurados tan pronto sea posible.

## **EXCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS**

Por ley, ciertos tipos de medicamentos, o categorías de medicamentos, no están cubiertos por el Programa de Medicamentos de Medicare. Estos medicamentos o categorías de medicamentos se llaman “exclusiones” e incluyen:

- Medicamentos *Sin Leyenda Federal* (OTC, por sus siglas en inglés), excepto si están incluidos en la Lista de Medicamentos o Formulario.
- Medicamentos para la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para promover la fertilidad
- Medicamentos para propósitos cosméticos o para crecimiento del cabello
- Medicamentos para el alivio sintomático de la tos o el catarro
- Vitaminas y minerales, excepto las vitaminas prenatales, las preparaciones con fluoruro, vitaminas B, K y D
- Medicamentos de forma ambulatoria para los cuales el fabricante pretende requerir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se le compren al fabricante exclusivamente como condición para la venta
- Medicamentos para el tratamiento de disfunción eréctil o impotencia
- Medicamentos DESI – Son aquellos medicamentos mercadeados entre el 1938 y el 1962, que se aprobaron como seguros, pero para los cuales no se requirió ninguna documentación relacionada con su eficacia
- No se cubren los medicamentos considerados experimentales o investigativos o medicamentos no aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
- Nuevos medicamentos en el mercado, no considerados experimentales o investigativos, no están cubiertos hasta tanto el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud los evalúe y recomiende su inclusión o exclusión en la cubierta

Además, un Programa de Medicamentos de Medicare no puede cubrir un medicamento si dicho medicamento es cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Refiérase al Manual **Medicare & Usted** para más información

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

sobre los medicamentos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos son cubiertos bajo la Parte B de Medicare en algunos casos y bajo la Parte D en otros casos. En general, su farmacéutico o proveedor determinará si le factura el medicamento en cuestión a Medicare Parte B o Parte D.

### **¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE FARMACIA EXPRESO DE TRIPLE-S SALUD?**

Este es un componente de su cubierta de farmacia que le permitirá recibir algunos de sus medicamentos de mantenimiento por correo, en la comodidad de su hogar, hasta un suplido de 90 días.

### **¿CÓMO PUEDO ORDENAR MI PRIMER SUPLIDO?**

- Cuando visite su médico, enséñele la tarjeta que dice *Aviso Importante a Su Médico*. Lea la tarjeta cuidadosamente para familiarizarse con las instrucciones que le proveemos a su médico.
- Debe completar el Formulario de Registro. Favor de completar un formulario para cada persona que vaya a participar en el programa.
- Debe devolver el Formulario de Registro junto con **la receta original**. Envíelo por correo lo antes posible. De esta manera el servicio no será interrumpido.
- En el caso de un asegurado menor de 18 años, el formulario debe estar firmado por el padre, la madre o el tutor legal. Se debe incluir una fotocopia de una identificación válida (licencia de conducir, tarjeta electoral, etc.) con foto del padre, la madre o el tutor legal y una copia de la tarjeta de identificación del Plan del menor junto a la receta original.
- La farmacia de envío de medicamentos por correo acepta sólo pagos con las principales tarjetas de crédito (Visa, American Express, MasterCard y Discover).
- El cobro de los copagos, coaseguros o medicamentos no cubiertos por el Plan serán procesados antes del envío de los medicamentos.
- Usted recibirá sus medicamentos a más tardar siete (7) días laborables a partir de la fecha en que envió la orden. Es importante que ordene sus repeticiones al menos 10 días antes de que se le terminen sus medicamentos. Si necesita una receta nueva, visite a su médico al menos 15 días antes de que se le terminen sus medicamentos.

### **¿A QUIÉN DEBO LLAMAR SI TENGO UNA PREGUNTA SOBRE CÓMO LLENAR EL FORMULARIO DE REGISTRO O SOBRE CÓMO USAR EL PROGRAMA?**

Puede llamar al: 1-866-881-6221 libre de cargos. Para su conveniencia, nuestro programa es administrado por una farmacia que cuenta con farmacéuticos bilingües. Estos están disponibles para contestar sus llamadas de 7:30 a.m. a 9:00 p.m. de lunes a viernes y de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. los sábados.

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

## SUS BENEFICIOS ADICIONALES PROVISTOS POR EL PROGRAMA DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO (MI SALUD) BAJO MEDICARE PLATINO

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y Medicaid, usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

<i>Categoría de Beneficios</i>	<i>Medicaid</i>	<i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP)</i>	<i>Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino 2 (HMO SNP)</i>
<b>1. Servicios Preventivos</b>	\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>2. Servicios Dentales</b>	\$0.00 - \$1.00	\$0.00	\$0.00 - \$1.00
<b>3. Pruebas Diagnósticas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laboratorios de alta tecnología</li> <li>▪ Laboratorio clínicos</li> <li>▪ Rayos-X</li> <li>▪ Pruebas diagnósticas especializadas</li> </ul>	\$0.00 - \$0.50  \$0.00 - \$1.00 para las pruebas diagnósticas especializadas	\$0.00	\$0.00 - \$0.50  \$0.00 - \$1.00 para las pruebas diagnósticas especializadas
<b>4. Servicios ambulatorios de rehabilitación</b>	\$0.00 - \$1.00	\$0.00	\$1.00
<b>5. Servicios médicos y quirúrgicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios Prenatales</li> </ul>	\$0.00 - \$1.00  \$0.00 para servicios prenatales	\$0.00 - \$1.00	\$0.00 - \$1.00
<b>6. Servicios de ambulancia</b>	-	\$0.00	\$0.00
<b>7. Servicios de maternidad</b>	\$0.00 - \$1.00	\$0.00 - \$1.00	\$0.00 - \$1.00
<b>8. Sala de emergencia</b>	\$0.00 - \$1.00	\$0.00	\$0.00
<b>9. Servicios de hospitalización</b>	\$0.00 - \$3.00	\$0.00	\$0.00 - \$3.00
<b>10. Servicios de hospitalización de salud mental</b>	\$0.00 - \$3.00	\$0.00	\$0.00 - \$3.00
<b>11. Servicios de salud mental</b>	\$0.00 - \$1.00	\$0.00 - \$1.00	\$0.00 - \$1.00
<b>12. Farmacia</b>	\$0.00 - \$0.50	\$0.00 - \$0.50 (suplido de 30 días) \$0.00 - \$1.50 (suplido de 90 días)	\$0.00 - \$0.50 (suplido de 30 días) \$0.00 - \$1.50 (suplido de 90 días)
<b>13. Cubierta Especial</b>	-	\$0.00 - \$1.00	\$0.00 - \$1.00
<b>14. Exclusiones de la cubierta básica</b>	-	\$0.00, excepto: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas educativas</li> <li>▪ Procedimientos nuevos y experimentales</li> <li>▪ Servicios prestados</li> </ul>	\$0.00, excepto: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas educativas</li> <li>▪ Procedimientos nuevos y experimentales</li> <li>▪ Servicios prestados</li> </ul>

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

		<p>por proveedores no participantes, excepto en aquellas circunstancias permitidas por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI Salud) y Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluaciones ordenadas por la corte para propósitos judiciales</li> <li>▪ Gastos de viaje</li> <li>▪ Servicios para el tratamiento de infertilidad</li> <li>▪ Procedimientos de cambio de sexo.</li> </ul> <p>Refiérase a su Evidencia de Cubierta para información más detallada sobre beneficios cubiertos y exclusiones.</p>	<p>por proveedores no participantes, excepto en aquellas circunstancias permitidas por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI Salud) y Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluaciones ordenadas por la corte para propósitos judiciales</li> <li>▪ Gastos de viaje</li> <li>▪ Servicios para el tratamiento de infertilidad</li> <li>▪ Procedimientos de cambio de sexo.</li> </ul> <p>Refiérase a su Evidencia de Cubierta para información más detallada sobre beneficios cubiertos y exclusiones.</p>
<b>15. Exclusiones de la cubierta especial</b>	-	<p>Aplican las exclusiones en la cubierta básica que no estén en la cubierta especial y bajo los Planes de Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP). Favor referirse a la Sección 2 (Beneficios) y al inciso 13 de esta sección.</p>	<p>Aplican las exclusiones en la cubierta básica que no estén en la cubierta especial y bajo los Planes de Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino (HMO SNP). Favor referirse a la Sección 2 (Beneficios) y al inciso 13 de esta sección.</p>
<b>16. Cubierta de Medicare</b>	-	<p>\$0.00 - \$1.50, según el servicio prestado.</p>	<p>\$0.00 - \$1.50, según el servicio prestado.</p>

Para detalles sobre de los servicios incluidos en cada una de las categorías de esta sección, refiérase al portal de Internet de ASES [www.asespr.org](http://www.asespr.org) o llame a Servicio al Cliente.