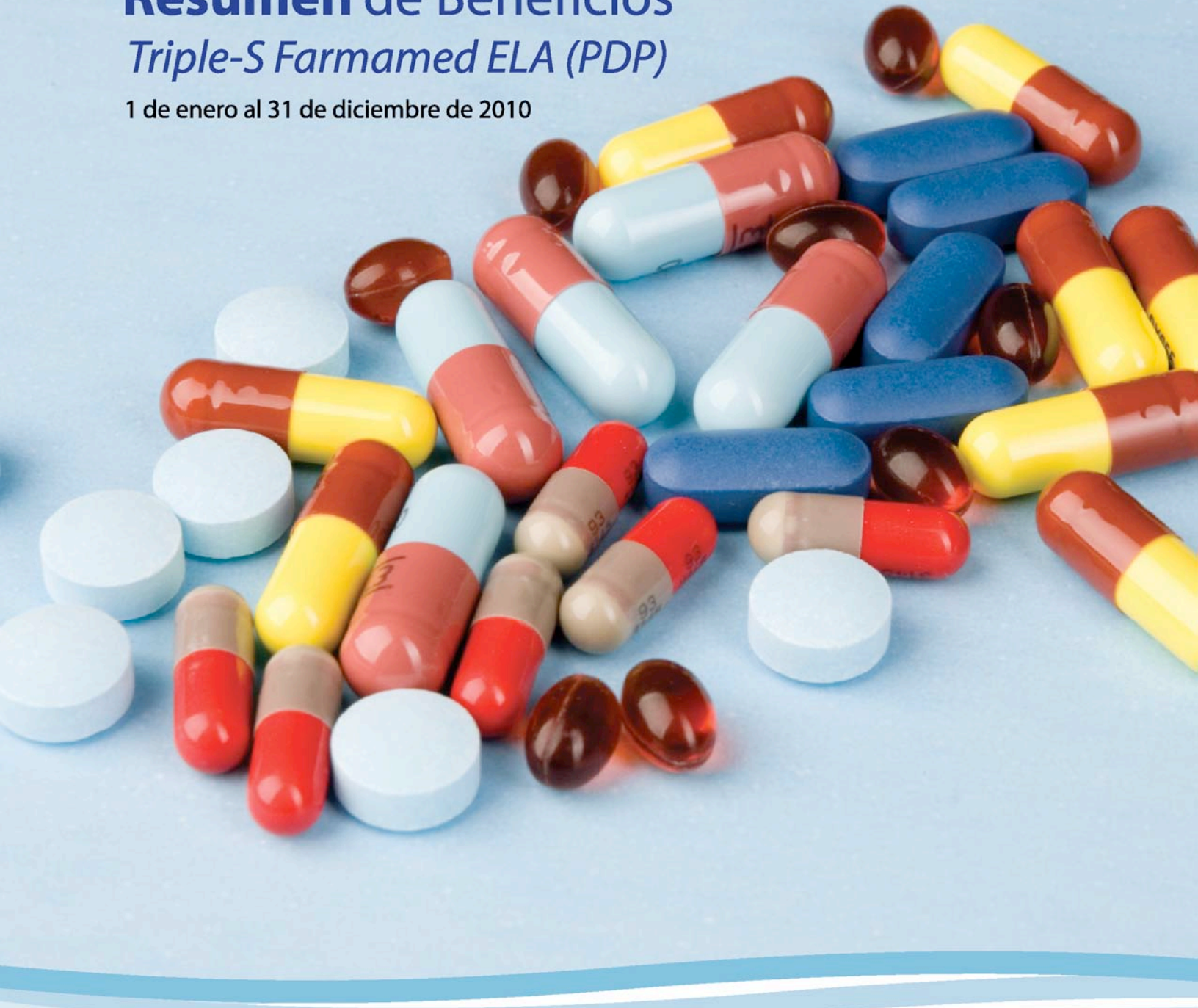


Resumen de Beneficios

Triple-S Farmamed ELA (PDP)

1 de enero al 31 de diciembre de 2010



Medicare^{Rx}
Cobertura Para Recetas Médicas X

S5907_MKTG_2010_5001B

 **TRIPLE-S SALUD** 
BlueCross BlueShield of Puerto Rico

Triple-S Farmamed (PDP) es un plan de farmacia que tiene un contrato con Medicare. El plan está disponible para todos los beneficiarios que tienen la Parte A, B o ambas partes y que residen en el área de servicio.

Introducción del Resumen de Beneficios de
Triple-S FarmaMed ELA (PDP)
1 de enero al 31 de diciembre de 2010

Gracias por su interés en ***Triple-S FarmaMed ELA (PDP)***, un Plan de Farmacia con un contrato con Medicare. Nuestro resumen de beneficios le informa las características más relevantes de nuestro plan. En el mismo no aparecen todos los medicamentos cubiertos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, comuníquese con Servicios al Cliente libre de cargos al **1-800-510-0722** y solicite la *Evidencia de Cubierta*.

USTED TIENE OPCIONES PARA SU PLAN DE FARMACIA DE MEDICARE PARTE D

Como beneficiario de Medicare, usted puede escoger entre las diferentes opciones de Planes de Farmacia de Medicare. Una opción es obtener una cubierta a través de un Plan de Farmacia de Medicare Parte D como ***Triple-S FarmaMed ELA (PDP)***. Otra opción es obtener su cubierta de farmacia a través de un plan Medicare Advantage que le ofrezca la cubierta de farmacia. La elección es suya.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

La tabla en este folleto enumera algunos de los beneficios de farmacia más importantes. Usted puede usar este Resumen de Beneficios para comparar los beneficios que le ofrece ***Triple-S FarmaMed ELA (PDP)*** con los beneficios que ofrecen otros Planes de Farmacia de Medicare Parte D o los Planes Medicare Advantage con cubierta de farmacia.

¿DÓNDE ESTÁ DISPONIBLE TRIPLE-S FARMAMED ELA (PDP)?

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

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA SUSCRIBIRSE?

Usted puede suscribirse al plan si tiene derecho a la Parte A y/o está suscrito a la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio. Si usted está suscrito en un plan Medicare Advantage de cuidado coordinado (HMO o PPO) o en un plan Medicare Advantage de Tarifa-por-Servicio (MA PFFS) que incluya plan de farmacia, usted no podrá suscribirse en un Plan de Farmacia de Medicare (PDP) a menos que usted se desafilie del plan Medicare Advantage de cuidado coordinado (HMO o PPO) o del plan Medicare Advantage de Tarifa-por-Servicio (MA PFFS).

Asegurados suscritos en un plan privado de Medicare Tarifa-por-Servicio (MA PFFS) que no ofrezca cubierta de farmacia o en un plan de Cuenta de Ahorro Para Servicios Médicos (Medical Saving Account) podrán suscribirse en un Plan de Farmacia (PDP). Asegurados suscritos en un Plan de Costo 1876 podrán suscribirse en un Plan de Farmacia (PDP).

Introducción del Resumen de Beneficios de
Triple-S FarmaMed ELA (PDP)
1 de enero al 31 de diciembre de 2010

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

Triple-S FarmaMed ELA (PDP) no cubre medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Por lo general, sólo cubrimos medicamentos, vacunas y productos biológicos, suplidos médicos que estén cubiertos bajo la cubierta de Medicamentos de Medicare (Parte D) y que estén en nuestra Lista de Medicamentos.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS?

Usted puede obtener sus medicamentos en una de las farmacias contratadas de ***Triple-S FarmaMed ELA (PDP)***. Debe utilizar una farmacia dentro de la red para recibir los beneficios del plan. ***Triple-S FarmaMed ELA (PDP)*** no pagará por sus medicamentos si usted utiliza una farmacia fuera de la red, excepto en algunos casos especiales.

Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede solicitar un Directorio de Farmacias o visitar nuestro portal en la Internet www.ssspr.com. Comuníquese con Servicios al Cliente para una lista actualizada de nuestras farmacias en los teléfonos que aparecen al final de esta introducción.

¿QUÉ ES UN FORMULARIO O LISTA DE MEDICAMENTOS?

Triple-S FarmaMed ELA (PDP) utiliza un Formulario o Lista de Medicamentos; una guía que incluye los medicamentos que han sido seleccionados por nuestro plan para satisfacer las necesidades de los asegurados. Periódicamente el plan añadirá, removerá y hará cambios en los límites de cubierta en algunos medicamentos o cambiará cuánto usted paga por un medicamento. Si hacemos algún cambio al Formulario o Lista de Medicamentos que limite la habilidad de nuestros asegurados para obtener sus medicamentos, Triple-S Salud notificará a los asegurados afectados antes de que el cambio sea efectivo. Triple-S Salud le enviará un Formulario o Lista de Medicamentos o usted puede ver el Formulario o Lista de Medicamentos completa en nuestro portal en la Internet www.ssspr.com.

Si actualmente 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 puede obtener un abastecimiento temporero del medicamento. Usted puede contactarnos para solicitar una excepción o con la ayuda de su médico puede cambiar a un medicamento alternativo incluido en nuestro Formulario o Lista de Medicamentos. Contáctenos para un abastecimiento temporero del medicamento o para conocer más detalles sobre nuestra política de transición.

¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO OTRO SEGURO ADEMÁS DE MEDICARE?

Si usted tiene una póliza Medigap (Complementaria a Medicare) que incluye una cubierta de farmacia, usted debe comunicarse con el emisor de su póliza Medigap para dejarle saber que usted se ha suscrito a un Plan de Farmacia de Medicare Parte D. Si usted decide mantener su póliza complementaria Medigap, el emisor de su póliza Medigap eliminará la porción de la cubierta de

Introducción del Resumen de Beneficios de
Triple-S FarmaMed ELA (PDP)
1 de enero al 31 de diciembre de 2010

farmacia de su póliza y ajustará su prima. Esto ocurrirá a la fecha de efectividad de su Plan de Farmacia de Medicare Parte D. Comuníquese con su emisor de póliza Medigap para más detalles.

Si usted o su cónyuge tiene, o puede obtener una cubierta grupal a través de su patrono, usted debe comunicarse con su patrono para conocer cómo se afectarán sus beneficios si usted se suscribe a ***Triple-S FarmaMed ELA (PDP)***. Usted debe obtener esta información antes de suscribirse en este plan.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA CON LOS COSTOS DE MI PLAN DE FARMACIA?

Si usted cualifica para ayuda adicional con su Plan de Farmacia de Medicare Parte D, su prima y los costos de sus medicamentos serán menores. Una vez suscrito a ***Triple-S FarmaMed ELA (PDP)***, Medicare nos dirá cuánta ayuda usted recibe y nosotros le enviaremos información de la cantidad que usted pagará. Si usted no está recibiendo esta ayuda adicional, usted puede verificar si cualifica comunicándose al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Personas con impedimentos auditivos y/o del habla (TTY/TDD) deben comunicarse al 1-877-486-2048.

¿QUÉ PROTECCIONES TENGO BAJO ESTE PLAN?

Todos los Planes de Farmacia de Medicare acuerdan mantenerse en el programa por un año completo. Cada año, los planes deciden si continúan por otro año. Aún si el Plan de Farmacia deja el programa, usted no perderá la cubierta de farmacia de Medicare. Si un plan decide no continuar, le enviará una carta al menos 60 días antes de que su cubierta termine. La carta le explicará sus opciones para obtener la cubierta de farmacia con Medicare en su área.

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

Introducción del Resumen de Beneficios de
Triple-S FarmaMed ELA (PDP)
1 de enero al 31 de diciembre de 2010

¿QUE ES TRIPLE-S FARMA ORIENTA (PROGRAMA DE MANEJO DE TERAPIA DE MEDICAMENTOS)?

Triple-S Farma Orienta es nuestro Programa de Manejo de Medicamentos. Este programa es un beneficio gratuito que le ofrecemos a nuestro asegurados. Usted podría ser invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades de salud y de farmacia. Usted puede decidir no participar, pero le invitamos a que aproveche al máximo este servicio cubierto si lo escogen a participar. Comuníquese con Triple-S Salud, Inc. para más detalles.

CLASIFICACIÓN DEL PLAN

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

Para obtener más información sobre *Triple-S FarmaMed ELA (PDP)*:

Visite nuestro portal en la Internet www.ssspr.com o, comuníquese:

Horario de Servicios al Cliente:

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

Sábados: 9:00 a.m. –6:00 p.m.

Domingos: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.

(787) 774-6083 ó 1 (800)-510-0722 fuera de área metro

TTY/TDD (787) 749-4059 ó 1(800)-383-4457 fuera de área metro

Horario de Servicios al Cliente para prospectos:

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

1 (877)-207-8777 libre de cargos

TTY/TDD (787) 749-4059 ó 1(800)-383-4457 fuera de área metro

Para más información sobre Medicare,

Favor comunicarse al 1-800-MEDICARE **(1-800-633-4227)**.

Usuarios de TTY/TDD deben comunicarse al **1-877-486-2048**.

Usted puede comunicarse las 24 horas al día, los 7 de la semana.

O, visite el portal en la Internet www.medicare.gov.

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

Si usted tiene cualquier pregunta sobre los costos y beneficios de este plan, comuníquese con Servicios al Cliente de **Triple-S Salud** para más detalles.

| BENEFICIO | MEDICARE ORIGINAL | TRIPLE-S FARMAMED ELA (PDP) |
|---|--|--|
| PRIMA Y OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE | Usted paga el 100% de la mayoría de los medicamentos, a menos que esté suscrito en el Programa de Medicamentos de Medicare Parte D. | Usted paga \$46.00 mensual por su Plan de Farmacia de Medicare Parte D. Este plan no cubre los medicamentos que cubre la Parte B de Medicare. |
| MEDICINAS CUBIERTAS BAJO MEDICARE PARTE D (PLAN DE FARMACIA DE MEDICARE) | | <p>Información General</p> <p><i>Triple-S FarmaMed ELA (PDP)</i> utiliza un Formulario o Lista de Medicamentos. Nosotros le enviaremos un Formulario o Lista o usted puede ver la Lista completa a través de nuestro portal en la Internet www.ssspr.com.</p> <p>Diferentes aportaciones de costo pueden aplicar para personas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bajos ingresos - vivan en una facilidad de cuidado a largo plazo <p><i>Triple-S FarmaMed ELA (PDP)</i> ofrece cubierta de farmacia dentro de la red de proveedores a nivel nacional. Esto significa que usted pagará el mismo costo por sus medicamentos si los obtiene en una farmacia dentro de la red que esté fuera del área de servicio del plan (por ejemplo cuando usted viaja).</p> <p>El costo total anual por medicamentos es el costo total pagado por usted y el Plan.</p> <p>El plan puede requerir que usted utilice un medicamento para tratar su condición médica antes de que cubra otro medicamento para esa misma condición. Algunos medicamentos tendrán límites en cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener una precertificación de <i>Triple-S FarmaMed ELA (PDP)</i> para ciertos medicamentos.</p> |

Si usted tiene cualquier pregunta sobre los costos y beneficios de este plan, comuníquese con Servicios al Cliente de **Triple-S Salud** para más detalles.

| BENEFICIO | MEDICARE ORIGINAL | TRIPLE-S FARMAMED ELA (PDP) |
|------------------|--------------------------|--|
| | | <p>El plan paga por ciertos medicamentos sin leyenda federal (OTC) como parte de su programa de manejo de utilización. Algunos medicamentos sin leyenda federal (OTC) son menos costosos que los medicamentos con receta, además trabajan de igual manera. Favor de comunicarse con Triple-S Salud, Inc. para más detalles.</p> <p>Usted debe ir a ciertas farmacias para obtener ciertos medicamentos debido al manejo especializado, coordinación del proveedor o la orientación a los asegurados y los requisitos que presentan estos tipos de medicamentos que no pueden ser despachados en otras farmacias dentro de la red. Estos medicamentos aparecen en la Lista de Medicamentos del plan y en el material impreso, así como en el “<i>Medicare Prescription Drug Plan Finder</i>” en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo actual del medicamento es menor que el copago o coaseguro, usted pagará el costo actual del medicamento.</p> <p>Usted puede incurrir en costos adicionales a los copagos si selecciona un medicamento de mayor costo cuando tiene un medicamento de menor costo disponible. Esto puede ocurrir si se añade al Formulario o Lista de Medicamentos un medicamento genérico nuevo de menor costo al de marca después que usted se suscriba.</p> |
| DEDUCIBLE | | Esta cubierta no tiene deducible anual. |

Si usted tiene cualquier pregunta sobre los costos y beneficios de este plan, comuníquese con Servicios al Cliente de **Triple-S Salud** para más detalles.

| BENEFICIO | MEDICARE ORIGINAL | TRIPLE-S FARMAMED ELA (PDP) |
|--|--------------------------|---|
| <p>CUBIERTA INICIAL EN FARMACIAS DENTRO DE LA RED</p> <p>ABASTECIMIENTO DE 15 DÍAS Y 30 DÍAS EN FARMACIAS DENTRO DE LA RED Y ABASTECIMIENTO DE 31 DÍAS EN FARMACIAS DE CUIDADO A LARGO PLAZO</p> | | <p>Antes que los costos totales por medicamentos (pagados por ambos, usted y Triple-S Salud) lleguen a \$2,830, usted paga lo siguiente por sus medicamentos:</p> <p>Nivel-1 Medicamentos genéricos \$5.00 de copago</p> <p>Nivel-2 Medicamentos preferidos (genéricos y de marca) \$35.00 de copago</p> <p>Nivel-3 Medicamentos de marca \$50.00 de copago</p> <p>Nivel-4 Medicamentos no preferidos (genéricos y de marca) - \$50.00 de copago ó 25% de coaseguro, lo que sea mayor</p> <p>Nivel-5 Especializados (genéricos y de marca) 25% de coaseguro</p> |
| <p>ABASTECIMIENTO DE 90 DÍAS EN FARMACIAS DENTRO DE LA RED Y EN LA FARMACIA DE ENVÍO DE MEDICAMENTOS POR CORREO</p> | | <p>Nivel-1 Medicamentos genéricos \$15.00 de copago</p> <p>Nivel-2 Medicamentos preferidos (genéricos y de marca) \$105.00 de copago</p> <p>Nivel-3 Medicamentos de marca \$150.00 de copago</p> <p>Nivel-4 Medicamentos no preferidos (genéricos y de marca) \$150.00 de copago ó 25% de coaseguro, lo que sea mayor</p> <p>Nivel-5 Especializados (genéricos y de marca) 25% de coaseguro</p> |
| <p>BRECHA DE CUBIERTA</p> | | <p>Luego de que el costo total de los medicamentos (pagados por usted y Triple-S Salud) alcance \$2,830, usted pagará el 100% del costo de sus medicamentos a un precio descontado hasta que desembolse \$4,550.</p> |

Si usted tiene cualquier pregunta sobre los costos y beneficios de este plan, comuníquese con Servicios al Cliente de **Triple-S Salud** para más detalles.

| BENEFICIO | MEDICARE ORIGINAL | TRIPLE-S FARMAMED ELA (PDP) |
|--|--------------------------|---|
| CUBIERTA CATASTRÓFICA | | <p>Luego de que su desembolso anual alcance \$4,550, usted pagará lo que sea mayor entre 5% de coaseguro y:</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$2.50 por medicamentos genéricos (incluyendo aquellos medicamentos de marca tratados como genéricos) -\$6.30 por todos los demás medicamentos |
| INFORMACIÓN GENERAL FUERA DE LA RED | | <p>Los medicamentos del plan en una farmacia fuera de la red podrían cubrirse en circunstancias especiales, como en una enfermedad mientras viaja fuera del área de servicio en donde no hay farmacias de la red. Usted podría pagar más que el copago si usted obtiene los medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que usted tenga que pagar el costo total del medicamento a la farmacia y solicitar reembolso a <i>Triple-S FarmaMed ELA (PDP)</i>.</p> |

Centros de Servicio

Plaza Las Américas

2do nivel- Frente a Relojes y Relojes
Lunes-Viernes: 8:00 am – 7:00 pm
Sábados: 9:00 am— 6:00 pm
Domingos: 11:00 am – 5:00 pm

Plaza Carolina

2do nivel- Al lado de Westernbank
Lunes- Viernes: 9:00 am – 7:00 pm
Sábados: 9:00 am – 6:00 pm
Domingos: 11:00 am – 5:00 pm

Triple-S Salud

Edificio Central
1441 Ave. Franklin D. Roosevelt
San Juan, PR 00920-3628

Triple-S Plaza

Lobby, Triple-S Plaza
1510 Ave. Franklin D. Roosevelt
Caparra Heights

Mercantil Plaza

Lobby Mercantil Plaza
2 Ave. Ponce de León, Hato Rey

Arecibo

Edificio Caribbean Cinemas
Suite 101, Carr #2
Arecibo, PR 00612

Caguas

Angora Shopping Center
Ave. Luis Muñoz Marín esq. Troche
Caguas, PR 00725

Ponce

1046 Ave. Hostos
Galería del Sur Building, Suite 218
Ponce, PR 00716-1119

Mayagüez

Edificio Médico Profesional
1065 Ave. Corazones Suite 109
Mayagüez, PR 00680-4938