

Triple-S Salud, Inc.

www.ssspr.com

Servicio al Cliente 787-474-5219 or 833-201-9256



2025

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

Esta cubierta de salud cualifica como una cubierta mínima esencial y cumple con el valor mínimo estándar para los beneficios que provee. Vea la página 8 para más detalles. Este plan está acreditado. Vea la página 14.

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

La suscripción a este plan es limitada. Usted debe vivir en nuestra área geográfica de servicio para suscribirse. Vea la página 17 para conocer los requisitos.

Sólo los empleados postales y los pensionados pueden inscribirse en este plan.

IMPORTANTE

- Primas: Contraportada
- Cambios para el 2025: Página 16
- Resumen de Beneficios: Página 101

Códigos de suscripción para este plan:

Para residentes de Puerto Rico

83 A Individual
83 C Pareja
83 B Familiar

Para residentes de Islas Vírgenes de EE. UU.

14 A Individual
14 C Pareja
14 B Familiar

Authorized for distribution by the:



United States
Office of Personnel Management

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

RI 73-930

**Aviso importante para empleados activos elegibles para Medicare
de Triple-S Salud, Inc. acerca de nuestra cubierta de farmacia y Medicare**

La Oficina de Administración de Personal de Estados Unidos (OPM, por sus siglas en inglés) ha determinado que la cubierta de medicamentos recetados de Triple-S Salud, Inc es para empleados activos, en promedio, comparable a la cubierta de medicamentos recetados estándar ofrecido por Medicare para todos los asegurados y se considera cubierta acreditable. Por lo tanto, los empleados activos y su familia no tienen necesidad de suscribirse a Medicare Parte D y pagar más por los beneficios de medicamentos recetados. Si decide suscribirse a Medicare Parte D más adelante, usted no tendrá que pagar la penalidad por afiliación tardía siempre y cuando usted continúe con su cubierta PSHB como empleado activo.

Sin embargo, (como empleado activo y sus familiares cubiertos y elegibles para la Parte D de Medicare) decide suscribirse a la Parte D, usted puede mantener su cubierta PSHB y su plan PSHB coordinará los beneficios con Medicare.

Por favor, tenga en cuenta lo siguiente

Si usted pierde o se da de baja de su cubierta PSHB, y permanece 63 días o más sin una cubierta de medicamentos recetados que sea, al menos, tan buena como la cubierta de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual para la Parte D de Medicare aumentará por lo menos 1% al mes por cada mes que usted estuvo sin esa cubierta. Por ejemplo, si usted está 19 meses sin la cubierta de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, su prima siempre será 19 por ciento más alta de lo que muchas otras personas pagan. Usted tendrá que pagar esta prima más elevada durante el tiempo que usted tenga la cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el próximo Período Anual de Inscripción Coordinada (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para inscribirte en la Parte D de Medicare.

Beneficios provistos por Medicare para personas de bajos ingresos

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

**Prima adicional para los miembros de altos ingresos de Medicare
Determinación inicial del Ajuste mensual acorde a su ingreso (IRMAA)**

La Determinación inicial del Ajuste mensual acorde a su ingreso (IRMAA) es una cantidad que puede para además de su prima PSHB para inscribirse y mantener la cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Esta prima adicional, aplica únicamente a aquellos con ingresos más altos y se ajusta en función de los ingresos declarados en su declaración de impuestos del IRS. Usted no realiza ningún pago a IRMAA para su plan PSHB. Consulte la sección Parte D-IRMAA del sitio web de Medicare para confirmar si usted estaría sujeto a esta prima adicional.

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

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

Tabla de contenido

Tabla de contenido	1
Introducción.....	3
Lenguaje sencillo	3
¡Alto al fraude en el cuidado de la salud!	3
Discriminar es ilegal	5
Prevención de errores médicos	5
Información sobre el Programa PSHB.....	8
Información sobre la cubierta	8
• No hay limitaciones por condiciones preexistentes.....	8
• Cubierta mínima esencial (MEC, por sus siglas en inglés)	8
• Estándar de valor mínimo.....	8
• Dónde puede obtener información sobre cómo suscribirse al Programa PSHB.....	8
• Tipos de cubiertas disponibles para su familia y usted.....	8
• Cubierta familiar.....	9
• Ley de Equidad para los Niños.....	10
• ¿Cuándo comienzan los beneficios y el pago de primas?.....	11
• Cuando se jubile	11
• Cuando termina la cubierta PSHB.....	11
• Al divorciarse	11
• Continuación de Cubierta Temporal (TCC, por sus siglas en inglés).....	12
• Cambio a cubierta individual.....	12
• Mercado de seguros médicos.....	12
Sección 1. Cómo funciona este plan	14
¿Quién provee mi cuidado de salud?	14
Beneficios de libre selección ("Open Access").....	15
Beneficios de Punto de Servicio (POS).....	15
Cómo le pagamos a nuestros proveedores	15
Sus derechos y responsabilidades	16
Sus reclamaciones y expedientes médicos son confidenciales	16
Área de servicio	16
Sección 2. Cambios para el 2025	17
• Cambios a este plan.....	16
Sección 3. Cómo obtener su cuidado médico	18
Tarjetas de identificación.....	18
¿Dónde puede obtener los servicios cubiertos?	18
Protección de Facturación de Saldo	18
Proveedores del plan	18
Facilidades del plan	19
¿Qué debe hacer para obtener servicios cubiertos?.....	19
Cuidado primario	19
Cuidado especializado	19
Cuidado hospitalario	20
Si está hospitalizado cuando su póliza entra en vigor.....	20
Necesita preautorización del plan para ciertos servicios.....	20
Admisión hospitalaria	20
Otros servicios	20
Cómo solicitar una precertificación para una admisión u otros servicios.....	21

• Reclamaciones que no sean para cuidado urgente.....	21
• Reclamaciones para cuidado de urgencia.....	21
• Reclamaciones de cuidado concurrente.....	22
Admisión hospitalaria de emergencia.....	22
Cuidado de maternidad.....	22
Si su tratamiento necesita ser extendido.....	23
¿Qué ocurre cuando usted no sigue las reglas de precertificación al utilizar proveedores fuera de la red?.....	23
Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre una reclamación pre-servicio.....	23
• Para la reconsideración de una reclamación de cuidado no urgente.....	23
• Para reconsiderar una reclamación de cuidado de urgencia.....	23
• Para presentar una apelación ante la OPM.....	24
Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos.....	25
Transferencia de un plan a otro (<i>carryover</i>).....	25
Cuando las agencias gubernamentales nos facturan.....	26
Aviso Importante sobre las Facturas Sorpresas-Conoce tus Derechos.....	26
Sección 5. Beneficios – Opción Ampliada.....	27
Beneficios fuera del PSHB disponibles para los asegurados.....	78
Sección 6. Exclusiones generales – Servicios, medicamentos y suplidos que no cubrimos.....	79
Sección 7. Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos.....	80
Sección 8. Proceso de apelación sobre reclamaciones.....	82
Sección 8 (a) . Proceso de apelación sobre reclamaciones-Medicare PDP EGWP.....	85
Sección 9. Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas.....	88
Cuando tiene otra cubierta de salud.....	88
• TRICARE y CHAMPVA.....	88
• Compensación laboral.....	88
• Medicaid.....	88
Cuando otras agencias gubernamentales son responsables de su cuidado.....	89
Cuando otros son responsables de sus lesiones.....	89
Cuando usted tiene cubierta del Plan Dental y de la Vista para Empleados Federales (FEDVIP, por sus siglas en inglés).....	89
Estudios de investigación clínica.....	89
Cuando usted tiene Medicare.....	90
• El plan original de Medicare (Parte A o Parte B).....	90
• Infórmenos sobre su cubierta de Medicare.....	92
• Medicare Advantage (Parte C).....	92
• Cubierta de medicamentos recetados de Medicare (Parte D).....	92
• Medicare Prescription Drug Plan (PDP) Drug Plan Employer Group Waiver Plan (EGWP).....	93
Sección 10. Términos que utilizamos en este folleto.....	95
Índice.....	99
Resumen de Beneficios del Plan Triple-S Salud -Opción Ampliada 2025.....	101
Información sobre las primas de Triple-S Salud -Opción Ampliada 2025.....	103

Introducción

Este folleto describe los beneficios de Triple-S Salud, Inc. conforme a nuestro contrato (CS-1090) entre Triple-S Salud, Inc. y la Oficina de Administración de Personal de Estados Unidos (OPM, por sus siglas en inglés), según autorizado por la Ley de Beneficios de Salud para Empleados Federales, según enmendada por la Ley de Reforma del Servicio Postal, que creó el Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHB). Se puede comunicar con Servicio al Cliente llamando al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o visite nuestra página web, www.ssspr.com. La dirección de la oficina administrativa de Triple-S Salud es:

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

Este folleto es una declaración oficial de beneficios. Ninguna declaración verbal podrá modificar o afectar de alguna manera los beneficios, limitaciones y restricciones expresadas en este folleto. Usted es responsable de mantenerse informado sobre sus beneficios de salud.

Si está suscrito a este plan, usted tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si usted está suscrito a una cubierta individual (Self Plus One) o familiar (Self and Family), cada familiar elegible también tiene derecho a estos beneficios. Si usted es un retirado del servicio postal y es elegible para la Parte D de Medicare, o un familiar cubierto es elegible a la Parte D de Medicare, sus beneficios de medicamentos recetados se brindan según nuestro Plan de medicamentos recetados (PDP) de Medicare Parte D. Plan de exención grupal (EGWP).

Usted no tendrá derecho a beneficios que estuvieron disponibles antes del 1 de enero de 2025, según el Programa FEHB, a menos que esos beneficios también se muestren en este folleto del Plan PSHB.

OPM negocia los beneficios y primas para cada plan anualmente. Los beneficios serán efectivos a partir del 1 de enero de 2025. Las primas aparecen al final de este folleto.

Lenguaje sencillo

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

- Excepto por los términos técnicos indispensables, utilizamos palabras de uso común. Por ejemplo, ‘usted’ se refiere al asegurado principal del plan o a un asegurado de su familia; ‘nosotros’ se refiere a Triple-S Salud, Inc.
- Nos limitamos a usar siglas que ya usted conoce: OPM son las siglas en inglés de la Oficina de Administración de Personal de Estados Unidos. El Programa FEHB, son las siglas en inglés del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales administrado por la OPM y establecido según 5 U.S.C. capítulo 89. El Programa PSHB es el Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal establecido dentro del Programa FEHB bajo 5 U.S.C. sección 8903c. El Plan PSHB significa un plan de beneficios de salud ofrecido bajo el Programa PSHB. PSHB significa Beneficios de Salud del Servicio Postal. . De utilizar otras siglas, le indicaremos el significado.
- Nuestro folleto y los folletos de otros planes del PSHB tienen el mismo formato y descripciones similares para ayudarle a comparar los planes.

¡Alto al fraude en el cuidado de la salud!

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

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

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

- No dé su número de identificación del plan por teléfono o a personas que usted no conozca. Solo proporcione este número a los proveedores para el cuidado de la salud o al representante autorizado de su plan o de la OPM.

- Solo permita que profesionales médicos adecuados revisen su expediente médico o le recomienden servicios.
- Evite ir a proveedores para el cuidado de la salud que le digan que un artículo o servicio usualmente no se cubre, pero que ellos saben cómo facturarlos para que el plan los pague.
- Revise cuidadosamente las Explicaciones de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que usted recibe de nosotros.
- Revise periódicamente su historial de reclamaciones para asegurarse de que no le estén facturando servicios que usted no ha recibido.
- No le pida a su médico que escriba diagnósticos falsos en certificados, facturas o expedientes para lograr que paguemos por un artículo o servicio.
- Si sospecha que un proveedor le ha hecho un cargo por servicios no recibidos, le facturó dos veces por un mismo servicio o tergiversó información, usted puede hacer lo siguiente:
 - Llame al proveedor y pídale una explicación. Puede que haya un error.
 - Si el proveedor no resuelve el asunto, llámenos al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., y explíquenos la situación.

Si nosotros no le resolvemos el problema:

**LLAME A – LÍNEA DE INFORMACIÓN DE
FRAUDE A LOS CUIDADOS DE SALUD
(HEALTH CARE FRAUD HOTLINE)
1-877-499-7295**

O visite www.opm.gov/our-inspector-general/hotline-to-report-fraud-waste-or-abuse/complaint-form/

**Presentar los reportes en línea es el método deseado para reportar el fraude con el fin de
asegurar la precisión y un tiempo de respuesta más rápido.**

También puede escribir a:

**United States Office of Personnel Management
Office of the Inspector General Fraud Hotline
1900 E Street, NW, Room 6400
Washington, DC 20415-1100**

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

Una aseguradora puede solicitar que un afiliado verifique la elegibilidad de cualquiera o todos los miembros de la familia que figuran como cubiertos según el plan del asegurado.

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

Discriminar es ilegal

Cumplimos con las leyes federales aplicables contra la discriminación y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Los beneficios de salud descritos en este folleto son consistentes con las leyes aplicables que prohíben la discriminación. Todas las decisiones de cubierta se basarán en estándares y criterios no discriminatorios. El rasgo o rasgos protegidos de una persona, por ejemplo, la identidad de género de un miembro o el hecho de que el beneficio cubierto se solicite en relación con la atención de afirmación de género, no se utilizará para negar beneficios de salud para artículos, suministros o servicios que de otro modo estarían cubiertos y se determine que son médicamente necesarios

Prevención de errores médicos

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

1. Pregunte si tiene dudas o preocupaciones.

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

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

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

3. Obtenga los resultados de cualquier examen o procedimiento.

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

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

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

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

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

Enlaces sobre la seguridad del paciente

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

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

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

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

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

Información sobre el Programa PSHB

Información sobre la cubierta

Sin limitaciones por condiciones preexistentes

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

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

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

Estándar de valor mínimo

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

Dónde obtener información para suscribirse al Programa PSHB

Visite <https://health-benefits.opm.gov/PSHB/> para información sobre cómo suscribirse, así como para obtener acceso a:

- Información sobre el Programa FEHB y los planes disponibles para usted
- Una herramienta para comparar los planes de salud

Nota: Comuníquese con el USPS para obtener información sobre cómo inscribirse en un plan del Programa PSHB a través del Sistema PSHB.

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

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

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

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

Tipos de inscripción disponibles para usted y su familia

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

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

Usted se inscribe en un Plan del Programa PSHB y hace cambios en la inscripción a través del Sistema PSHB, que se encuentra en <https://health-benefits.opm.gov/PSHB/>. Si necesitas ayuda con el Sistema PSHB, llama a la Línea de Ayuda del PSHBP al (844) 451-1261.

Cuando cambias a **Self Plus One** o **Self and Family** porque se casas, el cambio será efectivo el primer día del periodo de pago que comienza después de que tu oficina empleadora reciba su solicitud de inscripción. Los beneficios no estarán disponibles para su cónyuge hasta que estén casados. Un asegurador puede solicitar que el inscrito verifique la elegibilidad de cualquier miembro de la familia que esté listado como cubierto en su inscripción al PSHB.

Usa el Sistema PSHB si deseas cambiar de **Self Only** a **Self Plus One** o **Self and Family**, o para agregar o eliminar un miembro de la familia.

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

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

Si usted o uno de los miembros de su familia está inscrito en un plan PSHB, usted o ellos no puede estar inscrito o cubierto como miembro de la familia por otro afiliado en otro Plan PSHB o FEHB.

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

Cubierta familiar

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

Hijos biológicos, hijos adoptados e hijastros

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

Hijos adoptivos

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

Hijos incapaces de proveerse su sustento

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

Hijos casados

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

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

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

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

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

Ley de Equidad para los Niños

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

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

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

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

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

Para los retirados que deben estar inscritos en Medicare Parte B como condición para continuar con la cobertura del PSHB en la jubilación: Si se inscribes en Medicare Parte B y continúas con la cobertura del PSHB en la jubilación, la ley de equidad para los hijos le aplica a usted y no podrás cancelar tu cobertura, cambiar a **Self Only** (solo para ti), o cambiar a un plan que no cubra la zona donde viven tus hijos mientras el orden judicial o administrativo esté vigente. No se le puede obligar a inscribirte o permanecer inscrito en Medicare Parte B para mantener tu inscripción al PSHB como condición para cumplir con una orden judicial o administrativa.

Sin embargo, si no se inscribes (o no permaneces inscrito) en Medicare Parte B como se requiere para continuar con su cobertura del PSHB en la jubilación (a pesar de una orden judicial o administrativa existente), no podrás continuar con su cobertura del PSHB en la jubilación.

**Receta de Medicare
Plan de
Medicamentos
(PDP)**

**Exención del grupo
de empleadores
Plan (EGWP)**

Nuestro **PDP EGWP** solo está disponible para los retirados del Servicio Postal que son elegibles para Medicare Parte D y sus familiares cubiertos que también sean elegibles para Medicare Parte D. Nuestro **PDP EGWP** no es un plan de Medicare Parte D abierto al público. Si eres un empleado activo del Servicio Postal, o un miembro de la familia cubierto, y se hace elegible para inscribirse en Medicare Parte D, no serás elegible para inscribirte en nuestro **PDP EGWP**.

Por favor, contáctenos para asistencia al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o visita nuestro sitio web en www.ssspr.com

**¿Cuándo
comienzan los
beneficios y el pago
de primas?**

Los beneficios descritos en este folleto son efectivos a partir del 1 de enero. Si usted se suscribió al plan durante el periodo de suscripción, su cubierta comienza el primer día del primer periodo de pago que comienza en o después del 1 de enero. Si se suscribe al plan durante cualquier otro periodo del año, su oficina de empleo le informará de la fecha de efectividad de su cubierta.

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

Cuando se jubile

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

**Cuando pierde los
beneficios**

**Cuando termina la
cubierta PSHB**

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

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

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

Si es elegible para la cobertura bajo equidad del cónyuge, solo es elegible para inscribirse en el Programa PSHB. Si no es elegible para la cobertura bajo equidad del cónyuge, usted de lo contrario es elegible para la Continuación Temporal de la Cobertura (TCC), entonces podría inscribirse en TCC bajo el Programa PSHB.

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

Al divorciarse

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

Si estuvo casado con un afiliado y su divorcio o anulación es definitiva, no podrá permanecer cubierto como miembro de la familia bajo la inscripción de su excónyuge. Esto es así aun cuando la corte le ha ordenado a su excónyuge que le provea cubierta de salud a usted. Sin embargo, usted puede ser elegible para la cubierta del Programa FEHB bajo la Ley de Equidad de Cónyuges o bajo la Continuación de Cubierta Temporal (TCC, por sus siglas en inglés).

Si estuviste casado con un afiliado y su divorcio o anulación es final, no podrás seguir cubierto como miembro de la familia bajo la inscripción de tu ex-cónyuge. Esto es así incluso si el tribunal ha ordenado que tu ex-cónyuge le proporcione cobertura de salud. Sin embargo, podrías ser elegible para tu propia cobertura bajo la ley de equidad para cónyuges o la **Continuación Temporal de Cobertura** (TCC, por sus siglas en inglés). Los ex-cónyuges elegibles para cobertura bajo la ley de equidad para cónyuges no son elegibles para inscribirse en el Programa PSHB. Sin embargo, los ex-cónyuges elegibles para cobertura bajo la ley de equidad para cónyuges pueden inscribirse en el Programa PSHB. (Los ex-cónyuges que están buscando ser declarados como elegibles para la ley de equidad para cónyuges pero aún no han sido aprobados pueden tener derecho a la TCC bajo un plan PSHB mientras esperan la decisión).

Los ex-cónyuges que no cumplan con los requisitos de equidad para cónyuges pueden ser elegibles para la TCC bajo el Programa PSHB, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos de elegibilidad para la TCC. Si recientemente se ha divorciado o estás esperando un divorcio, contacta la oficina de empleo o jubilación de tu ex-cónyuge para obtener información sobre sus opciones de cobertura. También puedes visitar el sitio web de OPM en <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/life-events/memy-family/im-separated-or-im-getting-divorced/#url=Health>.

Medicare PDP EGWP

Cuando un retirado del Servicio Postal que es elegible para Medicare Parte D, o un miembro de su familia cubierto que también es elegible para Medicare, decide salirse o darse de baja de nuestro **PDP EGWP**, ya no tendrán cobertura de medicamentos recetados bajo este plan. Si no mantienes una cobertura de medicamentos que sea considerada acreditable, la reinscripción en nuestro **PDP EGWP** podría estar sujeta a una penalización por inscripción tardía.

Contáctanos para más información al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o visita nuestro sitio web en www.ssspr.com.

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

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

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

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

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

Cambio a cubierta individual

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

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

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

Sus beneficios y primas serán diferentes a los que tenía bajo el Programa FEHB. Sin embargo, usted no tendrá que contestar ninguna pregunta sobre su salud, no se le impondrá un periodo de espera y su cubierta no estará limitada por condiciones preexistentes. Cuando se comunique con nosotros, le asistiremos en obtener información sobre los beneficios de salud dentro o fuera del mercado de seguros médicos de ACA en su estado. Para obtener asistencia en conseguir su cubierta, llame al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 6081 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o visite nuestra página web www.ssspr.com.

Mercado de seguros médicos

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

Sección 1. Cómo funciona este plan

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

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

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

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

¿Quién provee mi cuidado de salud?

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

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

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

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

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

Características generales de nuestras Opción Ampliada

Beneficios de libre selección ("Open Access")

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

Beneficios de Punto de Servicio (POS)

Nuestro HMO ofrece beneficios de punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés). Esto significa que usted puede recibir servicios cubiertos de un proveedor no participante. Sin embargo, usted pagará más en costos de su bolsillo por estos servicios fuera de la red de lo que pagaría si el servicio lo obtuviera de proveedores de la red. Cuando usted recibe servicios fuera de la red, nosotros pagamos el 90% de las tarifas establecidas por los cargos permitidos. Usted es responsable de pagarle al proveedor no participante al momento de recibir los servicios cubiertos, y luego debe presentar una solicitud para obtener un reembolso. Nosotros le reembolsaremos a usted directamente por los servicios cubiertos, a menos que el proveedor acepte asignación de beneficios. Usted es responsable de todos los cargos que excedan nuestro pago. Podrá someter su reembolso a partir de la fecha del servicio y tendrá hasta el 31 de diciembre del año consecutivo como fecha límite para someterlo. Ejemplo: Si los servicios se reciben durante 2024, tendrá hasta el 31/12/2025 para enviarnos el reembolso.

Cómo le pagamos a nuestros proveedores

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

Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

Si desea más información sobre nosotros, puede llamar al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o puede escribir al PO Box 363628, San Juan, Puerto Rico 00936-3628. También puede visitar la página web de Triple-S en www.ssspr.com.

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

Sus reclamaciones y expedientes médicos son confidenciales

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

Área de servicio

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

Por lo general, debe recibir atención de proveedores que tengan contrato con nosotros. Si recibe atención fuera de nuestra área de servicio, se pagará sólo por los beneficios de atención de emergencia. No pagaremos ningún otro servicio de atención médica fuera de nuestra área de servicio a menos que el

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

Sección 2. Cambios para el 2025

Este es el primer año del Programa de beneficios de Salud para el Servicio Postal (PSHBP). Esta Sección no es una declaración oficial de beneficios. Para ello, consulte la Sección 5, "Beneficios".

Sección 3. Cómo obtener su cuidado médico

Tarjetas de identificación

Le enviaremos una tarjeta de identificación cuando se suscriba. Usted debe llevar esa tarjeta de identificación con usted todo el tiempo. Debe mostrar la tarjeta siempre que reciba servicios de un proveedor del plan o compre una receta en una farmacia del plan. Hasta que reciba su tarjeta de identificación del plan, usted podrá usar una copia de la confirmación de inscripción del sistema del PSHB.

Si usted no recibe su tarjeta de identificación del plan dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de su suscripción, o si necesita reemplazar su tarjeta, llame al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., o escriba a Triple-S Salud, Inc., Departamento de Servicio al Cliente, 1441 Avenida Roosevelt, San Juan, Puerto Rico 00920. También puede solicitar el reemplazo de tarjetas a través de nuestra página web www.ssspr.com.

¿Dónde puede obtener los servicios cubiertos?

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

Protección de Facturación de Saldo

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

Proveedores del plan

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

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

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

Este plan reconoce que los miembros transgénero, no binarios y de otros géneros diversos requieren atención médica brindada por proveedores con experiencia en salud de afirmación de género. Los beneficios descritos en este folleto están disponibles para todos los miembros que cumplan con las pautas de necesidad médica independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, religión, sexo o género.

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

Facilidades del plan

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

¿Qué debe hacer para obtener servicios cubiertos?

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

Cuidado primario

Su proveedor de atención primaria puede ser un médico de familia o, por ejemplo, un internista. Su médico le proveerá la mayor parte de su cuidado de salud o le referirá a un especialista.

Si usted desea cambiar su médico generalista o si su médico generalista deja el plan, llámenos. Nosotros le ayudaremos a escoger otro.

Cuidado especializado

Su proveedor de atención primaria le referirá a un especialista cuando necesites atención especializada. Cuando recibas un referido de su proveedor de atención primaria, debes regresar con él después de la consulta, a menos que tu proveedor de atención primaria haya autorizado un número determinado de visitas sin necesidad de nuevos referidos. El proveedor de atención primaria debe proporcionar o autorizar todo el cuidado de seguimiento. No vayas al especialista para visitas de seguimiento a menos que su proveedor de atención primaria le dé una nueva referencia. Sin embargo, puedes ver a un especialista si se dan ciertas condiciones.

Aquí tienes otras cosas que debes saber sobre la atención especializada:

- **Si necesitas ver a un especialista con frecuencia** debido a una condición médica crónica, compleja o seria, su proveedor de atención primaria desarrollará un plan de tratamiento que le permita ver a su especialista durante un número determinado de visitas sin necesidad de más referidos.
- Su proveedor de atención primaria creará su plan de tratamiento. Es posible que el proveedor deba obtener una autorización o aprobación de nuestra parte antes de proceder. Si ya estás viendo a un especialista cuando se inscribe en nuestro Plan, hable con su proveedor de atención primaria. Si decide referirte a un especialista, pregunta si puedes continuar viendo a su especialista actual.
- Si tu especialista actual no participa con nosotros, tendrás que recibir tratamiento de un especialista que sí participe. Generalmente, no pagaremos por que veas a un especialista que no participe con nuestro Plan.
- **Si estás viendo a un especialista y este deja el Plan**, llame a su proveedor de atención primaria, quien organizará una cita con otro especialista. Podrás recibir servicios de su especialista actual hasta que podamos hacer los arreglos para que veas a otro.
- **Si tienes una condición crónica y discapacitante y**
 - pierdes acceso a su especialista porque su cobertura cambió de FEHB a PSHB y su plan de salud no participa en PSHB; o
 - pierdes acceso a su especialista porque nosotros salimos del Programa de Beneficios de Salud de los Empleados del Servicio Postal (PSHB) y se inscribes en otro plan del programa PSHB; o
 - pierdes acceso a su especialista porque terminamos nuestro contrato con su especialista por motivos distintos a una causa justificada; o

pierdes acceso a su especialista porque reducimos nuestra área de servicio y se inscribe en otro plan PSHB; podrás continuar viendo a su especialista por hasta 90 días después de que recibas el aviso del cambio. Contáctanos, o si salimos del Programa, contacta su nuevo plan. Si estás en el segundo o tercer trimestre de embarazo y pierdes acceso a su especialista debido a alguna de las circunstancias mencionadas anteriormente, podrás seguir viendo a su especialista hasta que termine su cuidado postparto, incluso si es después de los 90 días.

Cuidado hospitalario	Su generalista o especialista del plan hará los arreglos necesarios con el hospital y supervisará su cuidado. Esto incluye la admisión a un centro de enfermería especializada o cualquier otro tipo de facilidad.
Si está hospitalizado cuando su póliza entra en vigor	Nosotros pagaremos por los servicios cubiertos desde la fecha de efectividad de su suscripción. Sin embargo, si usted está en el hospital cuando empieza su afiliación al plan, llame inmediatamente a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.. Si usted es nuevo en el Programa PSHB, nosotros haremos los arreglos para que usted reciba el cuidado que necesita y proveeremos los beneficios de sus servicios cubiertos mientras esté hospitalizado, comenzando en la fecha de entrada en vigor de su cubierta. Si usted cambió de otro plan PSHB a nuestro plan, el anterior pagará por la estadía en el hospital hasta: • Que usted sea dado de alta, y no simplemente trasladado a un centro de cuidado alternativo; • El día en que los beneficios de su plan anterior terminen; o • El día 92 después de que se haga asegurados de este plan, lo que ocurra primero. Estas estipulaciones aplican solo a los beneficios de una persona hospitalizada. Si su plan termina su participación en el Programa PSHB parcial o totalmente, o si la OPM ordena un cambio en suscripción, entonces esta estipulación de continuación de cubierta no es aplicable. En dichos casos, los beneficios del familiar hospitalizado en virtud del nuevo plan comienzan en la fecha de entrada en vigor de la cubierta.
Necesita preautorización del plan para ciertos servicios	Como su médico participante coordina hospitalizaciones y la mayoría de los referidos a especialistas, el proceso de aprobación de reclamaciones pre-servicio solo aplica al cuidado descrito bajo "Otros servicios", o a cuidado fuera de la red cuando usted se auto refiere. Usted debe obtener una preautorización para ciertos servicios. El no hacerlo resultará en la denegación del servicio.
Admisión hospitalaria	Precertificación es el proceso mediante el cual nosotros evaluamos la necesidad médica y los días propuestos para la estadía hospitalaria para tratar su condición.
Otros servicios	Le proveeremos los beneficios por servicios cubiertos solo cuando sean médicamente necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad o condición. Usted o su plan debe obtener precertificación de este plan para los siguientes beneficios o servicios: • Servicios fuera del área de servicio, excepto en casos de emergencia (precertificaremos servicios fuera del área de servicio [lo que incluirá la determinación de pago] solo para aquellos servicios que no estén disponibles en Puerto Rico); • Medicamentos de quimioterapia, radioterapia y pruebas genéticas; • Renta y compra de equipo médico duradero (DME); • Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés); • Trasplantes de órganos y tejidos (vea Nota al final); • Litotricia; • Osteotomía; • Mamoplastía; • Terapia con hormonas de crecimiento; • Medicamentos identificados que requieren precertificación en la Lista de Medicamentos; • Tomografía por emisión de positrones (PET y PET-CT, por sus siglas en inglés); • Septoplastia; • Rinoplastía;

- Blefaroplastia;
- Cirugías que se practican en consultorios, pero que se harán en un hospital;
- Tratamiento quirúrgico para tratar la obesidad mórbida (cirugía bariátrica);
- Válvula del habla para traqueotomía protésica
- Prótesis traqueoesofágica para la voz
- Bombas de insulina y/o suplidos
- Reemplazo de implantes; y,
- Tratamiento de linfedemas, si este no involucra ninguna complicación física luego de una mastectomía
- Servicios de infertilidad

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

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

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

Cómo solicitar una precertificación para una admisión u otros servicios

Cuando usted se mantiene dentro de nuestra red, los proveedores de la red se encargan de tramitar la precertificación por usted. Si usted busca un servicio fuera de la red, su médico, su hospital, usted o su representante debe llamarnos al (787) 474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-866-215-1999 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. previo a su admisión o previo a recibir los servicios que requieren precertificación.

Luego, debe proveer la siguiente información:

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

- **Reclamaciones que no sean para cuidado urgente**

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

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

- **Reclamaciones para cuidado de urgencia**

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

y determinaremos si se trata de una reclamación de cuidado de urgencia o no. Se aplicará el juicio de una persona prudente que posea un conocimiento promedio de la salud y la medicina para dicha determinación.

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

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

Usted puede solicitar que su reclamación de cuidado de urgencia en apelación sea revisada simultáneamente tanto por nosotros como por la OPM. Por favor, déjenos saber si le interesa una revisión simultánea de su reclamación de cuidado de urgencia por la OPM. Nos puede notificar por escrito al momento de apelar nuestra decisión inicial o llamando al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.. Además, puede llamar a Health Insurance 2 de la OPM al (202) 606- 3818, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del este, para solicitar la revisión simultánea. Nosotros cooperaremos con la OPM para que pueda evaluar su reclamación de apelación rápidamente. Además, si usted no indicó que su reclamación era de cuidado de urgencia, llámenos al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.. Si se determina que su reclamación es de cuidado de urgencia, nosotros aceleraremos nuestra evaluación (si aún no hemos dado respuesta a su reclamación).

- **Reclamaciones de cuidado concurrente**

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

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

Admisión hospitalaria de emergencia

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

Cuidado de maternidad

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

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

Si su tratamiento necesita ser extendido

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

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

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

Circunstancias fuera de nuestro control

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

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

Si usted tiene una **reclamación pre-servicio** y no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la precertificación de una admisión o la preautorización de otros servicios, usted puede solicitar una revisión conforme al proceso detallado a continuación. Si su reclamación es en referencia a un contraceptivo, puede llamar al 787-474-5219 (TTY:787-792-1370) para Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY:866-215-1999) para Islas Vírgenes de EE. UU.

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

- **Para reconsiderar una reclamación de cuidado no urgente**

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

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

1. Precertificar su hospitalización o, si aplica, coordinar para que el proveedor de salud le proporcione el cuidado o aceptar su solicitud de preautorización para el servicio, medicamento o suplido.

2. Solicitar información adicional a usted o su médico.

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

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

3. Le escribiremos para notificarle que mantenemos nuestra denegación.

- **Para reconsiderar una reclamación de cuidado de urgencia**

En el caso de una apelación a una reclamación pre-servicio de cuidado de urgencia, dentro de los 6 meses de nuestra decisión inicial, usted podrá solicitar por escrito que reconsideremos nuestra decisión. Siga el paso 1 del proceso de disputa de reclamaciones que se detalla en la Sección 8 de este folleto.

A menos que le solicitemos información adicional, le notificaremos nuestra decisión dentro de 72 horas luego de recibir su solicitud de reconsideración. El proceso de evaluación será expedito, lo que permitirá solicitudes de apelación orales o por escrito y el intercambio de información por teléfono, correo electrónico, fax u otros métodos expeditos.

- **Para presentar una apelación ante OPM**

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

Nota: Si está inscrito en nuestro PDP EGWP de Medicare y no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura de beneficio usted tiene derecho a apelar. Ver Sección. 8(a) para obtener información sobre el proceso de apelación del PDP EGWP

Sección 4. Sus costos por servicios cubiertos

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

Costo compartido	El costo compartido es el término general utilizado para referirse a los costos que usted paga de su bolsillo (p. ej., deducibles, coaseguros y copagos) por los servicios cubiertos recibidos.
Copago	Un copago es una cantidad fija de dinero que usted le paga al proveedor, facilidad o farmacia cuando recibe ciertos servicios. Ejemplo: Cuando ve a su especialista, usted paga un copago de \$10 por cada visita al consultorio.
Coaseguro	El coaseguro es el por ciento de nuestras tarifas negociadas que usted debe pagar por su cuidado. Ejemplo: En nuestro plan, usted paga el 20% de nuestra tarifa para ciertas pruebas de diagnóstico.
Diferencias entre la aportación del plan y la factura	También debe consultar la sección Aviso Importante sobre facturación sorpresa: conozca sus derechos a continuación, que describe sus protecciones contra la facturación sorpresa en virtud de la Ley No Sorpresas
Su protección catastrófica por la cantidad máxima que paga de su bolsillo para coaseguros y copagos	Luego de que sus copagos y coaseguro por servicios cubiertos dentro de la red sumen \$6,600 bajo la cubierta individual, usted no tendrá que pagar más coaseguros o copagos por servicios cubiertos que usted reciba el año. El máximo que pagará de su bolsillo bajo la cubierta de pareja o familiar es \$13,200 combinado para servicios cubiertos que usted y cualquier miembro de su familia reciba dentro de la red, pero no excederá \$6,600 por persona. Los siguientes servicios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que debe pagar de su bolsillo. Por lo tanto, debe continuar pagando estos servicios: • La diferencia entre nuestras tarifas negociadas del plan y los cargos facturados por un servicio o suplido cubierto; • El costo de servicios o suplidos no cubiertos; y, • El coaseguro que usted paga cuando utiliza proveedores fuera de la red del plan. Para los miembros inscritos en el MA-PD o PDP EGWP asociado a nuestro Plan, estamos obligados a acumular todos los costos reales de bolsillo de los miembros para medicamentos, servicios y suministros cubiertos por Medicare hacia el máximo catastrófico del PSHB, a menos que se excluya específicamente lo siguiente: • La parte del costo del medicamento pagada por un plan de medicamentos de Medicare. • La prima mensual del plan de medicamentos. • Medicamentos comprados fuera de los EE. UU. y sus territorios. • Medicamentos no cubiertos por el plan. • Medicamentos que están excluidos de la definición de medicamentos de la Parte D, incluso cuando el plan decide cubrirlos como un beneficio adicional (como los medicamentos para el crecimiento del cabello). • Medicamentos de venta libre o la mayoría de las vitaminas (incluso si son requeridos por el plan como parte de la terapia escalonada). Si estás inscrito en nuestro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (PDP) del Plan de Exención de Grupo del Empleador (EGWP), el máximo de gastos de bolsillo para medicamentos recetados es de \$2,000. Después de alcanzar este máximo, nosotros pagamos el 100% de todos los beneficios elegibles cubiertos por medicamentos recetados.

Si usted se cambió al Plan PSHB durante el periodo de suscripción, de un plan con cubierta catastrófica y la fecha de efectividad del cambio fue después del 1 de enero, cualquier gasto que hubiese aplicado al beneficio de la cubierta catastrófica de ese plan será cubierto por su plan anterior, si usted recibió el servicio en enero antes de la fecha de efectividad de la cubierta bajo este plan

Nota: Si usted cambia de plan PSHB durante la Temporada Abierta, la fecha de efectividad de su nuevo plan PSHB será el 1 de enero del próximo año, y se iniciará una nueva acumulación de protección catastrófica el 1 de enero. Si cambias de plan en otro momento durante el año, deberás comenzar una nueva acumulación de protección catastrófica bajo tu nuevo plan.

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

Cuando las agencias gubernamentales nos facturan

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

Aviso Importante sobre las facturas sorpresas-Conoce tus Derechos

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 5. Beneficios – Opción Ampliada

Vea la página 17 para conocer cómo cambiaron los beneficios este año y las páginas 101 para consultar el Resumen de Beneficios.

Sección 5. Beneficios.....	26
Sección 5(a). Servicios y suplidos médicos provistos por médicos y otros profesionales de la salud.....	28
Servicios de diagnóstico y tratamiento	28
Telemedicina.....	29
Laboratorios, Rayos X y otros estudios diagnósticos	29
Cuidado preventivo, adultos	29
Cuidado preventivo, niños	32
Cuidado de maternidad	32
Planificación familiar.....	34
Servicios de infertilidad.....	35
Cuidado para el tratamiento de alergias.....	35
Terapias de tratamiento.....	36
Terapia física y ocupacional	37
Terapia del habla.....	37
Cuidado de la audición (exámenes, tratamientos y suplidos)	38
Cuidado de la vista (exámenes, tratamientos y suplidos).....	38
Cuidado de los pies.....	39
Dispositivos ortopédicos y prostéticos.....	39
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés).....	40
Servicios de salud en el hogar.....	41
Servicios quiroprácticos.....	41
Nutrición.....	41
Clases y programas educativos	42
Sección 5(b). Servicios quirúrgicos y de anestesia provistos por médicos y otros profesionales de la salud	44
Procedimientos quirúrgicos	44
Cirugía reconstructiva.....	45
Cirugía oral y maxilofacial	46
Trasplantes de órganos y tejidos	47
Anestesia.....	51
Sección 5(c). Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia	52
Hospitalizaciones	52
Servicios ambulatorios en el hospital o centro de cirugía ambulatoria.....	53
Beneficios de cuidado extendido/centro de enfermería especializada.	54
Cuidado de hospicio	54
Ambulancia.....	54
Sección 5(d). Accidentes / servicios de emergencia	55
Emergencia dentro de nuestra área de servicio.....	55
Emergencia fuera de nuestra área de servicio	56
Ambulancia.....	56
Sección 5(e). Beneficios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias.....	58
Servicios Profesionales	58
Diagnósticos	59
Hospitalización u otra instalación cubierta	59
Hospitalario ambulatorio u otra instalación cubierta	59

Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados.....	60
Medicamentos y suplidos cubiertos	62
Sección 5(f)(a). Beneficios de medicamentos recetados.....	66
Medicamentos y suplidos cubiertos	68
Sección 5(g). Beneficios dentales	72
Beneficios dentales	72
Sección 5(h). Bienestar y otros beneficios especiales.....	74
Opción de beneficios flexibles.....	74
Centro de llamadas disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.....	74
Programa BlueCard®	74
BlueCard Worldwide.....	75
Centros de excelencia para trasplantes/cirugía del corazón/etc.	75
Telexpreso	75
Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP, por sus siglas en inglés).....	75
Herramienta para la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés).....	75
Centros de cuidado preventivo	76
Oncology Analytics	76
Triple S En Casa	76
Sección 5(i). Beneficios de Punto de Servicio (POS).....	77
Beneficios fuera del PSHB disponibles para los asegurados.....	78
Resumen de Beneficios del Plan Triple-S Salud, Inc. 2025.....	101

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

Factores importantes para considerar sobre estos beneficios: • Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios. • Los médicos del plan deben proveer o coordinar su cuidado. • Se aplica un copago del centro a los servicios que aparecen en esta sección, pero los servicios se realizan en un centro quirúrgico ambulatorio o en el departamento de servicios ambulatorios de un hospital. • Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funciona el costo compartido. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas". • USTED O SU PROVEEDOR DEL PLAN DEBE OBTENER LA PRECERTIFICACIÓN PARA ALGUNOS SERVICIOS MÉDICOS Y SUPLIDOS. Vea la información sobre precertificación en la Sección 3 para corroborar cuáles servicios y cirugías requieren precertificación. • La cubierta y los costos compartidos que se enumeran a continuación corresponden a los servicios proporcionados por médicos y otros profesionales de la salud para su atención médica. Consulte la Sección 5(c) para conocer los costos compartidos asociados con la instalación (es decir, hospital, centro quirúrgico, etc.). • Si utiliza un proveedor fuera del plan pero que se encuentre en de nuestra área de servicios, usted pagará por los servicios recibidos y el plan le reembolsará 90% de la tarifa establecida por el plan, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable. Por favor, refiérase a la Sección 1, bajo "¿Quién provee mi cuidado de salud?", para conocer más sobre los servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.	
Descripción de los Beneficios	Usted paga
Servicios de diagnóstico y tratamiento	Opción Ampliada
Servicios profesionales de médicos	En la red: Nada
• Visita al consultorio de médicos generalistas en nuestras Clínicas Salus	
• En el consultorio médico • Segunda opinión quirúrgica • Consultas médicas	En la red: \$7.50 por visita al consultorio de su médico generalista o especialista Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
• En un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencias • Durante una estadía en un hospital • En un centro de enfermería especializada – requiere precertificación (vea la Sección 3)	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
En el hogar	En la red: \$15 por visita del médico Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
<i>No se cubren:</i> • Cuidado de enfermería privada, excepto para el tratamiento de enfermedades mentales	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Telemedicina	Opción Ampliada
Consultas virtuales ilimitadas a través de <u>Teleconsulta MD: www.triple-salud.mytelehealth.com/landing.htm</u>	En la red: \$0 por consulta Fuera de la red: Todos los cargos Nota: Disponible los 7 días de la semana de 6am-10pm
Laboratorios, Rayos X y otros estudios diagnósticos	Opción Ampliada
Exámenes, tales como: - Pruebas de sangre - Análisis de orina	En la red: \$1.00 por prueba de laboratorio Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
- Polisomnografía - Amniocentesis genética - Estudios vasculares y cardiovasculares no invasivos - Electroencefalogramas (EEG, por sus siglas en inglés)	En la red: 20% Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
- Patología - Pruebas de Papanicolaou no rutinaria - Rayos X - Mamografía no rutinaria - Pruebas de medicina nuclear - Gammagrafías hepatobiliares con ácido iminodiacético (HIDA, por sus siglas en inglés) - Tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) / resonancia magnética (MRI, MRA, por sus siglas en inglés) - Ultrasonido, incluido el perfil biofísico - Pruebas cardiovasculares invasivas	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Cuidado preventivo, adultos	Opción Ampliada
Examen físico de rutina cada 12 meses Cubrimos una amplia gama de servicios de cuidado preventivo para adultos bajo las categorías A y B según lo recomendado por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés). Los asegurados mayores de 21 años pueden obtener los servicios preventivos cubiertos a través de nuestra red de Centros de Cuidado Preventivo. Los siguientes servicios preventivos están cubiertos durante el intervalo de tiempo recomendado en cada uno de los enlaces siguientes: El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF) A y B, recomienda exámenes de detección como cáncer, osteoporosis, depresión, diabetes, presión arterial alta, colesterol, prueba de panel de lípidos, VIH y cáncer colorrectal. Para obtener una lista completa de exámenes, visite el sitio web www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado preventivo, adultos (cont.)	Opción Ampliada
Asesoramiento individual sobre prevención y reducción de riesgos para la salud Beneficios de atención preventiva para mujeres, como pruebas de Papanicolaou, medicamentos profilácticos contra la gonorrea para proteger a los recién nacidos, asesoramiento anual sobre infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y pruebas de detección de violencia interpersonal y doméstica. Para obtener una lista completa de los beneficios de atención preventiva para mujeres, visite el sitio web de Salud y Servicios Humanos (HHS) en: https://www.hrsa.gov/womens-guidelines	
Mamografía de detección, incluida la tomosíntesis digital: - De 35 a 39 años, uno durante este período de cinco años. - De 40 a 64 años, uno cada año calendario A partir de 65 años, uno cada dos años calendario consecutivos	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Exámenes de detección como cáncer, osteoporosis, depresión, diabetes, presión arterial alta, colesterol, prueba de panel de lípidos, VIH, detección de cáncer colorrectal incluida la detección por colonoscopia para personas mayores de 40 años.	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Inmunizaciones para adultos, avaladas por el CDC: basadas en el cronograma de vacunación recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés). Para una lista completa de las inmunizaciones visite el sitio web de los Centros para el Control de Enfermedades: https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html Inmunizaciones como la neumocócica, la influenza, la culebrilla, el tétano, la Tdap y el virus de papiloma humano (VPH) incluidas para los asegurados entre las edades de 27 a 45 años con alto riesgo. Para una lista completa de las inmunizaciones visite el sitio web de los Centros para el Control de Enfermedades: https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Exámenes de rutina limitados a: - Un examen visual de rutina cada 12 meses - Un examen auditivo de rutina cada 12 meses Nota: Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o rayos X realizado en conjunto con un examen rutinario y que no esté incluido en la lista de servicios preventivos recomendados estará sujeto al copago, coaseguro o deducible aplicable al asegurado. - Terapia de Nutrición Médica y Terapia Conductual Intensiva para la prevención de comorbilidades relacionadas con la obesidad.	

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado preventivo, adultos (cont.)	Opción Ampliada
• Electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), una vez al año • Espirometría, una vez al año • Hemoglobina A1C, una vez al año • CBC, una vez al año • PSA, una vez al año • Tiroides, una vez al año	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Servicios de Transportación, desde y hasta nuestros Centros Preventivos, hasta 4 viajes	En la red: Nada Fuera de la red: No se cubren
<i>No se cubre:</i> • <i>Exámenes físicos y vacunas requeridas para obtener o continuar con un empleo o seguro, asistir a escuelas o campamentos, exámenes deportivos o viajes.</i>	<i>Todos los cargos</i>
<i>No se cubre:</i> • <i>Inmunizaciones, refuerzos y medicamentos para viajes o exposición relacionada con el trabajo.</i>	<i>Todos los cargos</i>
Consejería en obesidad, evaluación y referido para aquellas personas en o por encima del nivel del factor de riesgo de prevención de la obesidad del USPSTF, plan de nutrición intensivo y terapia conductual para la pérdida de peso, consejería o los programas dirigidos en la familia según las recomendaciones A y B del USPSTF están cubiertos como parte de la prevención y el tratamiento de la obesidad de la siguiente manera: • Nutrición intensiva y terapia conductual de asesoramiento para la pérdida de peso • Programas dirigidos en la familia, cuando se identifique médicamente para apoyar la prevención y el manejo de la obesidad por parte de un proveedor dentro de la red. • Cuando se recetan medicamentos contra la obesidad según lo indicado por las cláusulas de tratamiento de medicamentos para la obesidad de la FDA. Consulte la Sección 5(f) ó 5 (f)(a) para conocer los requisitos de costos compartidos para los medicamentos contra la obesidad. • Cuando el tratamiento o intervención quirúrgica bariátrica o metabólica está indicada para la obesidad severa. Consulte la Sección 5(b) para conocer los requisitos de la cirugía y los costos compartidos.	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado preventivo, niños	Opción Ampliada
• Visitas de examen para el cuidado de niños y otros servicios preventivos según lo descrito por las Directrices de Futuros Brillantes proporcionadas por la Academia Americana de Pediatría. Para leer la lista completa de las Directrices de Futuros Brillantes de la Academia Americana de Pediatría, visite: https://brightfutures.aap.org/materials-and-tools/guidelines-and-pocket-guide. • Las inmunizaciones para niños aprobadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), incluyen: DTaP/Tdap, polio, sarampión, paperas y rubéola (MMR) y varicela. Para obtener una lista completa de vacunas, visite el sitio web en: www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html • Puede encontrar una lista completa por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF) A y B en línea visitando: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations Nota: Cualquier procedimiento, inyección, servicio de diagnóstico, laboratorio o rayos X realizado en conjunto con un examen rutinario y que no esté incluido en la lista de servicios preventivos estará sujeto al copago o coaseguro aplicable al asegurado.	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Consejería en obesidad, evaluación y referido para aquellas personas en o por encima del nivel del factor de riesgo de prevención de la obesidad del USPSTF, plan de nutrición intensivo y terapia conductual para la pérdida de peso, consejería o los programas dirigidos en la familia según las recomendaciones A y B del USPSTF están cubiertos como parte de la prevención y el tratamiento de la obesidad de la siguiente manera: • Nutrición intensiva y terapia conductual de asesoramiento para la pérdida de peso • Programas dirigidos en la familia, cuando se identifique médicamente para apoyar la prevención y el manejo de la obesidad por parte de un proveedor dentro de la red. • Cuando se recetan medicamentos contra la obesidad según lo indicado por las cláusulas de tratamiento de medicamentos para la obesidad de la FDA. Consulte la Sección 5(f) para conocer los requisitos de costos compartidos para los medicamentos contra la obesidad. • Cuando el tratamiento o intervención quirúrgica bariátrica o metabólica está indicada para la obesidad severa. Consulte la Sección 5(b) para conocer los requisitos de la cirugía y los costos compartidos.	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Cuidado de maternidad	Opción Ampliada
Atención completa de maternidad (obstétrica), como: • Detección de diabetes gestacional • Atención prenatal y posparto • Entrega • Detección y asesoramiento para la depresión prenatal y posparto Nota: A continuación, incluimos varios detalles a considerar:	En la red: \$0 de copago por visita al consultorio al registrarse en el Programa Maternal durante el primer trimestre \$7.50 por visita al consultorio Nada por el parto Nada por la circuncisión Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado de maternidad	Opción Ampliada
- No es necesario obtener precertificación para un parto vaginal. Vea la página 22 para otras circunstancias, como estancias prolongadas para usted o su bebé. - Usted puede permanecer en el hospital hasta 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea. - Nosotros extenderemos su estadía en el hospital si es médicamente necesario. - Nosotros cubrimos el cuidado rutinario del recién nacido durante la porción cubierta de la estadía de la madre en el hospital. Cubriremos otros servicios no rutinarios necesarios para el bebé únicamente si el bebé está cubierto con nosotros bajo el plan de pareja o familiar. - Pagamos la hospitalización y los gastos por los servicios del cirujano (parto) igual que si fuera una enfermedad o lesión. Vea "Beneficios de hospital" (Sección 5 (c)) y "Beneficios quirúrgicos" (Sección 5 (b)). - Los servicios hospitalarios están cubiertos bajo la Sección 5(c) y los beneficios quirúrgicos en la Sección 5(b). Nota: Cuando un recién nacido requiere tratamiento durante o después de que la madre sea hospitalizada, el recién nacido es considerado un paciente en su propio derecho. Si el recién nacido es elegible para la cubierta de beneficios médicos o quirúrgicos regulares, le aplicarán estos beneficios en vez de los de maternidad.	
• Servicios de consejería y apoyo para la lactancia, por cada embarazo • Bomba de lactancia eléctrica para madres que han dado a luz en los últimos 3 meses, limitada a una por nacimiento. • Servicios para embarazos de alto riesgo: -Asistencia en el hogar en etapa prenatal hasta 16 horas, máximo 4 horas por día -Monitor de presión de sangre -Glucómetro • Asistencia en el hogar en etapa postparto cuando este registrada en el Programa Maternal durante el primer trimestre - servicio hasta 16 horas, máximo 4 horas por día - dentro del primer mes de haber dado a luz Nota: Llama al Departamento de Manejo de Enfermedades de Triple-S Salud (Programa de Cuidado Prenatal) al 787-749-4949, extensión 832-2042 para coordinar su bomba de lactancia eléctrica, monitor de presión arterial prenatal y/o glucómetro, o programar su servicio de asistencia en el hogar. La bomba de lactancia eléctrica, el glucómetro prenatal y el monitor de presión arterial no requieren precertificación y deben coordinarse a través del Programa de Cuidado Prenatal de TSS.	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Planificación familiar	Opción Ampliada
Asesoramiento anticonceptivo anualmente.	En la red: Nada
Una serie de servicios voluntarios de planificación familiar, sin costos compartidos, que incluye al menos una forma de anticoncepción en cada una de las categorías de la lista de la HRSA. Esta lista incluye: • Esterilización femenina voluntaria • Implantación quirúrgica de anticonceptivos • Medicamentos anticonceptivos inyectables, como (Depo Provera) • Dispositivos intrauterinos (IUD, por sus siglas en inglés) • Diafragmas Nota: Cubrimos anticonceptivos orales e inyectables y dispositivos, tales como diafragmas, bajo el beneficio de medicamentos recetados (Sección 5(f)). Nota: Consulte su cubierta adicional de Planificación Familiar y Medicamentos Recetados Sección 5(f) Nota: Su plan ofrece algún tipo de cubierta de cirugía de esterilización femenina voluntaria sin costo para los asegurados. El beneficio anticonceptivo incluye al menos una opción en cada una de las categorías de anticoncepción respaldadas por HRSA (así como la detección, la educación, el asesoramiento y la atención de seguimiento). Se puede acceder a cualquier tipo de cirugía de esterilización femenina voluntaria que aún no esté disponible sin costo compartido a través del proceso de excepciones anticonceptivas que se describe a continuación. Para obtener más información sobre nuestro proceso de excepción de anticonceptivos quirúrgicos con tiempo de respuesta de 24 horas, visite: https://salud.grupotriples.com/en/health-insurance-plans/triple-s-salud-for-federal-employee/. Si tiene dificultades para acceder a cobertura anticonceptiva u otros servicios de salud reproductiva, puede comunicarse con contraception@opm.gov.	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
• Esterilización masculina voluntaria	En la red: \$10 por visita al consultorio Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
<i>No se cubren:</i> • Reversión de una cirugía para esterilización voluntaria • Pruebas genéticas y consejería	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Servicios de infertilidad	Opción Ampliada
Triple-S Salud define la infertilidad como una enfermedad o condición caracterizada por la incapacidad de embarazar o concebir; la incapacidad de una persona para reproducirse ya sea como individuo o con su pareja durante un período de 12 meses o más (6 meses para miembros mayores de 35 años). Los casos de infertilidad se pueden determinar basándose en el historial médico, los hallazgos físicos o las pruebas de diagnóstico del paciente. Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, sujeto a autorización previa. Los beneficios incluyen servicios como: Inseminación artificial (IA): • Inseminación intravaginal (IVI) • Inseminación intracervical (ICI) • Inseminación intrauterina (IIU) Tratamientos y procedimientos ART, incluida la preservación, tales como: • Fertilización in vitro (FIV) • Transferencia de embriones, transferencia intratubárica de gametos (ZIFT) • Transferencia Intra-Falópica de Gametos (GIFT) • Servicios y suministros relacionados con procedimientos ART Nota: Medicamentos para la fertilidad (consulte la Sección 5(f)). Nota: Debe obtener una precertificación para estos servicios, consulte la Sección 3 Nota: La inseminación artificial cubre hasta tres ciclos por año para afiliados con órganos reproductores femeninos de 35 años o más.	En la red: \$7.50 por visita al consultorio Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
<i>No se cubren:</i> • Después de la esterilización voluntaria • Costo de espermatozoides del donante o costo de óvulo del donante • Vientre sustituto • Servicios fuera del área de servicio	<i>Todos los cargos</i>
Cuidado para el tratamiento de alergias	Opción Ampliada
• Pruebas y tratamientos	En la red: \$7.50 por visita al consultorio Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
• Suero para las alergias	En la red: Nada
• Vacunas para las alergias	Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
<i>No se cubren:</i> • Pruebas reactivas de alergia a alimentos y desensibilización de alergias sublinguales	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Terapias de tratamiento	Opción Ampliada
- Quimioterapia y terapia de Alojamiento y comida Nota: El tratamiento estará sujeto a revisión por pares. Vea <i>Oncology Analytics</i> en la Sección 5(h). Nota: La quimioterapia de dosis alta en conjunto con trasplante autólogo de médula ósea está limitada a aquellos trasplantes que se enumeran bajo Trasplantes de órganos/tejidos en las páginas 48-52. - Diálisis – hemodiálisis y diálisis peritoneal - Terapia de infusión intravenosa (IV, por sus siglas en inglés) – Infusión intravenosa en el hogar y terapia con antibióticos - Terapia con hormonas de crecimiento (GHT, por sus siglas en inglés) Nota: Las hormonas de crecimiento se cubren bajo el beneficio de medicamentos recetados. Nosotros únicamente cubriremos GHT cuando precertifiquemos el tratamiento. Usted o su médico deben llamar al 787-774- 6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) si llama desde las Islas Vírgenes de EE. UU., para la precertificación. Nosotros le requeriremos que presente información que establezca la necesidad médica de GHT. Solicite nuestra aprobación antes de que comience el tratamiento de GHT porque, de lo contrario, solo cubriremos los servicios de GHT desde la fecha en que envíe la información. Si usted no nos consulta o si nosotros determinamos que no se estableció la necesidad médica, no cubriremos ningún servicio relacionado con GHT, incluso los servicios y suplidos relacionados. Vea la Sección 3, "Servicios que requieren nuestra preautorización".	En la red: \$7.50 por visita al consultorio Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Terapia respiratoria y de inhalación hasta un máximo de 20 sesiones al año. Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos, a través del proceso de precertificación, que los servicios son médicamente necesarios.	En la red: \$10 por sesión de terapia respiratoria Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
Evaluación de conducta adaptativa y tratamiento para trastornos dentro del espectro autista - Evaluación para la identificación de comportamientos - Evaluación de seguimiento del comportamiento por observación y exposición - Tratamiento conductual adaptativo - Tratamiento conductual adaptativo grupal y familiar Nota: Los servicios están sujetos a los protocolos de Triple-S.	En la red: \$7.50 por visita a consultorios Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable, y cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Terapias de tratamiento (cont.)	Opción Ampliada
Rehabilitación cardíaca Hasta 36 terapias por año, sujeto al protocolo de Triple-S Salud, Inc.	En la red: Nada Fuera de la red: Nada hasta alcanzar la tarifa establecida y todos los cargos subsiguientes Nota: Si el proveedor acepta la adjudicación de beneficios para la rehabilitación cardíaca, usted no tendrá que pagar por adelantado; de lo contrario, usted deberá pagar el importe del proveedor y Triple-S Salud, Inc. le reembolsará hasta las tarifas establecidas.
<i>No se cubren:</i> Los servicios no aparecen como cubiertos	<i>Todos los cargos</i>
Terapia física y ocupacional	Opción Ampliada
- Terapia física - Provista por fisioterapeutas cualificados bajo la supervisión de un médico especializado en terapia física; - hasta 60 terapias por condición, si se espera una mejoría significativa Nota: Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos, a través del proceso de precertificación, que los servicios son médicamente necesarios.	En la red: \$7.50 por evaluación en consultorio o \$10 por terapia Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
- Terapia ocupacional - provista por terapeutas ocupacionales certificados - hasta 60 terapias por condición, si se espera una mejoría significativa Nota: La terapia ocupacional está limitada a servicios para ayudar al asegurado a lograr y mantener su habilidad para llevar a cabo las funciones del diario vivir y cuidado propio. Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos, a través del proceso de precertificación, que los servicios son médicamente necesarios.	\$10 por sesión de terapia Nota: Para terapia ocupacional, debe pagar primero por los servicios y después obtener el reembolso de nosotros. Los terapeutas ocupacionales no son proveedores del plan y no tienen que aceptar las tarifas establecidas como pago total.
<i>No se cubren:</i> - Terapia de rehabilitación a largo plazo - Programas de ejercicio - Terapia acuática y masajes no terapéuticos	<i>Todos los cargos</i>
Terapia del habla	Opción Ampliada
Terapia del habla provista por un terapeuta del habla certificado, hasta 60 terapias por condición. Podríamos extender la cubierta de servicios que excedan el límite de visitas si determinamos que los servicios son médicamente necesarios a través del proceso de precertificación.	\$10 por visita al consultorio y/o sesión de terapia del habla además de los cargos que excedan nuestras tarifas establecidas. Nota: Para terapia del habla, usted debe pagarle al proveedor y después solicitarnos el reembolso. Los terapeutas del habla no son proveedores del plan y no tienen que aceptar las tarifas establecidas como pago total.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado de la audición (exámenes, tratamientos y suplidos)	Opción Ampliada
• Pruebas de audición por enfermedad o accidente, incluidas las pruebas auditivas de evaluación y diagnóstico, llevadas a cabo por un médico del plan o audiólogo • Timpanometría Nota: Para exámenes rutinarios de audición durante una visita preventiva de niños, vea la Sección 5(a), "Cuidado preventivo, niños".	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
• Dispositivos auditivos, hasta un máximo de \$1,000 cada dos años para uno o ambos oídos combinados (vea la Sección 5(a), "Dispositivos ortopédicos y prostéticos")	Nada, hasta la cantidad máxima de la aportación. Nota: El asegurado deberá pagar la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
<i>No se cubren:</i> • Suplidos	<i>Todos los cargos</i>
Cuidado de la vista (exámenes, tratamientos y suplidos)	Opción Ampliada
• Además de los beneficios médicos y quirúrgicos provistos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los ojos, usted puede realizarse un examen de refracción al año (que incluye una receta escrita para lentes) con médicos participantes en el plan. • Lentes monofocales después de la remoción de catarata • Examen de la vista para determinar la necesidad de corrección visual para niños (vea Cuidado preventivo)	En la red: \$7.50 por visita al consultorio Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
• Servicios de optómetras	En la red: \$7.50 por visita al consultorio Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
• Un par de espejuelos o lentes de contacto al año para los asegurados hasta los 21 años de edad.	En la red: Nada, hasta la tarifa establecida. El asegurado será responsable de los cargos adicionales que excedan la tarifa establecida. Fuera de la red: Cubierto por reembolso, hasta la tarifa establecida. El asegurado será responsable de los cargos adicionales que excedan la tarifa establecida.
<i>No se cubren:</i> • Lentes correctivos y ajuste de lentes de contacto • Ejercicios para los ojos y ortópticos • Lentes intraoculares multifocales • Queratotomía radial y otras cirugías refractivas • Suplidos	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cuidado de los pies	Opción Ampliada
- Cuidado rutinario de los pies llevado a cabo por un proveedor del plan cuando usted está bajo tratamiento activo debido a una enfermedad metabólica o una enfermedad vascular periférica, tal como la diabetes. - Servicios podiátricos	En la red: \$7.50 por visita al consultorio de un médico generalista, podiatra, o especialista Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
<i>No se cubren:</i> <i>Tratamiento debido a pies débiles, tensos o planos</i> <i>Cuidado de los pies de rutina, como cortar, eliminar callos o callosidades, el borde de las uñas de los pies, el tratamiento de uñas infectadas por hongos, limpieza y baños de pies, aplicación de cremas y tratamiento de rutina similar para las afecciones del pie, excepto según se indique arriba.</i>	<i>Todos los cargos</i>
Dispositivos ortopédicos y prostéticos	Opción Ampliada
- Prótesis externa del seno y sostenes quirúrgicos, incluidos los reemplazos que sean necesarios, después de una mastectomía - Implantación quirúrgica de implantes de seno luego de una mastectomía	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos fuera de la red, luego de cualquier copago o coaseguro y de cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada.
- Dispositivos prostéticos internos (implantes), tales como articulaciones artificiales, marcapasos e implantes cocleares, requiere preautorización - Prótesis de extremidades inferiores y superiores y órtesis, hasta un máximo de \$5,000 en combinación, por año, requiere preautorización - Reparación de dispositivos prostéticos externos - Válvula del habla para traqueotomía protésica, requiere preautorización - Soportes lumbosacrales, requieren preautorización - Prótesis traqueoesofágica para la voz, requiere preautorización - Dispositivos auditivos, hasta un máximo de \$1,000 cada dos años para uno o ambos oídos combinados Nota: Para información sobre cargos profesionales por cirugía de inserción de implante, vea la Sección 5(b), "Procedimientos quirúrgicos". Para información sobre los beneficios de hospital y/o de cirugía ambulatoria, vea la Sección 5(c), <i>Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia.</i>	En la red: 20%. Nada para dispositivos auditivos, hasta la cantidad máxima de la aportación. Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada Nota: El asegurado deberá pagar la diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada por dispositivos auditivos.
<i>No se cubren:</i> - Calzado ortopédico correctivo - Soportes de arco - Calzados para diabéticos - Almohadillas para talón y taloneras - Ciertos soportes lumbosacros	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Dispositivos ortopédicos y prostéticos (cont.)	Opción Ampliada
• Corsés, bragueros, medias elásticas, medias de soporte y otros dispositivos de apoyo • Ojos artificiales • Calcetín prostético • Implantes y dispositivos protéticos a menos que sea medicamento necesario • Pruebas y exámenes para audífonos	<i>Todos los cargos</i>
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Opción Ampliada
Alquiler o compra, a nuestra opción, de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), incluida la reparación y ajuste de dicho equipo. Los artículos cubiertos incluyen: • Oxígeno • Camas de posición (tipo hospital) • Sillas de ruedas • Andadores • Monitores de glucosa en sangre • Pulmón de hierro • Otro equipo respiratorio • Suplidos para osteotomías • Suplidos para traqueotomías • Equipo básico para el tratamiento de apnea del sueño (CPAP, por sus siglas en inglés), incluyendo la máscara facial y nasal y suplidos • Bombas de insulina y/o sus suplidos para pacientes con diabetes descontrolada, quienes requieren múltiples inyecciones de insulina diariamente y demuestran una alta fluctuación en los niveles de glucosa (ver Nota abajo) • Nota: Para ser elegible para la cubierta de bomba de insulina, usted deberá registrarse y participar del Programa de Bienestar Total • Comidas médicas especializadas para asegurados con Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) de acuerdo con la política médica de Triple-S Salud, Inc. • Monitor de presión arterial para asegurados de alto riesgo Nota: Para ser elegible para la cobertura de un monitor de presión arterial, debe inscribirse y participar en nuestro Programa de Hipertensión. Nota: Usted tiene que obtener nuestra precertificación. Vea la Sección 3.	En la red: 25% Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Tirillas y lancetas: • Asegurados diagnosticados con diabetes de tipo 1 • Asegurados con diabetes de tipo 2 registrados en Medicare Parte A y B Nota: Para ser elegible para la cubierta del 100% en tirillas y lancetas con un diagnóstico de diabetes de tipo 2, tiene que registrarse en Medicare Parte A y B.	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<i>No se cubren:</i> • Muletas • Cualquier otro equipo médico duradero que no aparezca en la lista de arriba Suplidos para los monitores de glucosa, tales como lancetas y tirillas	<i>Todos los cargos</i>
Servicios de salud en el hogar	Opción Ampliada
• Servicios de salud en el hogar ordenados por un médico del plan (quien revisará periódicamente el programa de tratamiento para determinar el progreso y la necesidad de los servicios) y provistos por enfermeras(os) o por auxiliares de salud en el hogar. • Los servicios incluyen terapias de oxígeno, intravenosas y medicamentos	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
<i>No se cubren:</i> • Cuidado de enfermería solicitado por, o para la conveniencia de, el paciente o su familia; • Cuidado en el hogar principalmente para proveer asistencia personal que no incluya un componente médico y que no es un servicio de diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación; • Servicios que son primordialmente para proveer aseo personal, alimentación, ejercicios, mover al paciente, tareas del hogar, compañía o administración de medicamentos por vía oral; • Servicios de ama de llaves.	<i>Todos los cargos</i>
Servicios quiroprácticos	Opción Ampliada
• Visita de evaluación inicial y una visita de seguimiento, de ser requerida, por condición • Manipulaciones de la columna vertebral y las extremidades, hasta 20 visitas por año • Rayos X del cuello y la columna vertebral	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada Nota: Si el quiropráctico acepta la asignación de beneficios, usted no tiene que pagar; si no acepta, usted tiene que pagar el importe del proveedor y Triple-S Salud, Inc. le reembolsará hasta la tarifa establecida.
<i>No se cubren:</i> • Masajes, manejo de dietas, ultrasonido	<i>Todos los cargos</i>
Nutrición	Opción Ampliada
• Servicios de nutricionistas, hasta 6 visitas por año.	En la red: Nada Fuera de la red: Nada, hasta nuestra tarifa establecida y todos los cargos en adelante

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Clases y programas educativos	Opción Ampliada
Manejo de Enfermedades y Programas Educativos de Salud: La educación para la salud es un componente esencial en la prevención de enfermedades y le permitirá disfrutar de una calidad de vida. Nuestros diversos programas se centran en las afecciones crónicas más comunes y ofrecen orientación sobre los tratamientos clínicos proporcionados por su médico. Te ofrecemos información sobre cómo cuidar tu padecimiento a través de talleres educativos vía telefónica con profesionales de enfermería y/o educadores en salud y con material educativo por correo. Para más información, llame al Departamento de Educación y Manejo de Enfermedades de Triple-S Salud al 787-749-4949, extensión 832-2042. Entre los diversos programas disponibles se encuentran: Programa de Diabetes: Los miembros mayores de 18 años recibirán orientaciones sobre diabetes, los aspectos emocionales de la condición, efectos del ejercicio y la nutrición, uso de medicamentos y complicaciones, entre otros. Programa de hipertensión: los miembros de 18 años en adelante aprenderán sus signos y síntomas, cómo modificar su estilo de vida y cómo mantener su presión arterial bajo control. Programa de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Los afiliados de 40 años o más recibirán asesoramiento sobre su afección, el uso de medicamentos recetados, signos y síntomas, la importancia del seguimiento médico para ayudar y cómo adoptar estilos de vida saludables para evitar complicaciones y disfrutar una mejor calidad de vida. Programa de insuficiencia cardíaca: los miembros mayores de 18 años recibirán orientación sobre cómo prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida al aprender los pasos importantes necesarios para mejorar su salud. Programa prenatal: brindamos a los futuros miembros educación centrada en la importancia de la atención prenatal temprana y los factores de riesgo. Las afiliadas embarazadas recibirán folletos educativos y clases virtuales con información de las diferentes etapas del embarazo y cuidados del recién nacido. Para obtener más información, consulte la Sección 5(a): Servicios y suministros médicos proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica bajo atención de maternidad. Programa para dejar de fumar: Triple-S Salud te ofrece un programa educativo y de promoción de la salud para ayudarte a dejar el tabaco, que incluye asesoramiento individual/grupal/teléfono, medicamentos de venta libre (OTC) y recetados aprobados por la FDA para tratar la dependencia del tabaco. Consulte la Sección 5(f): Beneficio de medicamentos recetados. Programa de Manejo de Obesidad en Adultos / Control de Peso Infantil: Este programa incluye orientaciones y educación sobre la adopción de buenos hábitos alimentarios, la elección de alimentos saludables, la lectura de etiquetas nutricionales y la elección de alimentos al comer fuera, entre otros temas. Este programa ha sido desarrollado para inscritos con un índice de masa corporal (IMC) de 30,0 kg/m² o superior, que también cumplen con los criterios establecidos para participar. Cuando el inscrito participe en el	Nada

programa, recibirá intervenciones nutricionales por parte de un dietista-nutricionista debidamente certificado y capacitado. El programa educativo incluye seis sesiones educativas en grupo, una intervención educativa por teléfono y entrenamiento mensual. El objetivo general del programa es ofrecer a los inscritos accesos a educación en nutrición a través de un dietista-nutricionista que los oriente en el autocontrol de la obesidad, a través de la modificación de hábitos alimentarios y la promoción de la actividad física. También contamos con un programa con enfoque en la obesidad infantil. Este programa multicomponente centrado en la familia es parte de intervenciones conductuales intensivas (asesoramiento sobre cambio de conducta para una dieta saludable y actividad física) para niños.

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

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

	Factores importantes para considerar sobre estos beneficios: • Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios. • Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas". • Los servicios listados a continuación corresponden a los cargos que factura un médico u otros profesionales del cuidado de la salud por sus servicios quirúrgicos. Vea la Sección 5(c) para conocer los cargos de las instalaciones (p. ej., hospitales, centros quirúrgicos, etc.) • USTED O SU PROVEEDOR DEL PLAN DEBEN OBTENER PRECERTIFICACIÓN PARA CIERTOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. Vea la información sobre precertificación en la Sección 3 para corroborar cuáles servicios y cirugías requieren precertificación. • Si utiliza un proveedor fuera del plan pero que se encuentre en de nuestra área de servicios, usted pagará por los servicios recibidos y el plan le reembolsará 90% de la tarifa establecida por el plan, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable. Por favor, refiérase a la Sección 1, bajo "¿Quién provee mi cuidado de salud?", para conocer más sobre los servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.	
Descripción de los Beneficios		Usted paga
Procedimientos quirúrgicos		Opción Ampliada
Una amplia gama de servicios, tales como: • Procedimientos quirúrgicos • Tratamiento de fracturas, incluido el enyesado • Cuidado habitual pre y post-operatorio por parte del cirujano • Corrección de ambliopía y estrabismo • Procedimientos endoscópicos • Procedimientos de biopsia • Extirpación de tumores y quistes • Corrección de anomalías congénitas (vea Cirugía reconstructiva) • Asistentes quirúrgicos • Procedimiento de litotricia • Tratamiento de quemaduras • Implantación de aparatos prostéticos internos Vea 5(a), "Dispositivos ortopédicos y prostéticos", para obtener información sobre la cubierta de dispositivos. Nota: Por lo general, pagamos por prótesis internas (aparatos) según el lugar donde se realice el procedimiento. Por ejemplo, pagamos Beneficios de hospital por un marcapasos y Beneficios quirúrgicos por la implantación del marcapasos. Nota: Para los procedimientos quirúrgicos de planificación familiar femenina, consulte la Sección 5(a) de Planificación Familiar. Nota: Para los procedimientos quirúrgicos masculinos de planificación familiar, consulte la Sección 5(a) de Planificación Familiar		En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada Nota: Vea la Sección 5(c), "Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia", para conocer el copago para centros de cirugía ambulatoria. Nota: Si el servicio lo presta un proveedor del plan, el asegurado no pagará nada por la implantación de prótesis internas. Si obtiene servicios fuera de la red, deberá pagar la reclamación del proveedor y solicitarnos el reembolso. Le reembolsaremos 90% de nuestras tarifas establecidas

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Procedimientos quirúrgicos (cont.)	Opción Ampliada
• Tratamientos quirúrgicos por obesidad mórbida (cirugía bariátrica) – una condición en donde la persona pesa más de 100 libras o 100% sobre su peso normal según los parámetros vigentes del seguro. La cirugía bariátrica requiere preautorización (refiérase a la Sección 3) y el asegurado elegible debe ser mayor de 18 años de edad. Este plan utiliza los siguientes criterios: - Pacientes con un índice de masa corporal (IMC) superior a 40 kg/m² o superior a 35 kg/m² junto con comorbilidades graves como complicaciones cardiopulmonares, diabetes grave o apnea obstructiva del sueño. - El IMC se calcula mediante la siguiente fórmula: $\text{Peso (kg)} \div \text{altura (m}^2\text{)} = \text{IMC}$	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada Nota: Vea la sección 5(c), "Servicios ambulatorios en el hospital o centro de cirugía ambulatoria", para conocer los copagos.
<i>No se cubren:</i> • Reversión de esterilización voluntaria • Tratamiento rutinario para enfermedades del pie (vea Cuidado del Pie)	<i>Todos los cargos</i>
Cirugía reconstructiva	Opción Ampliada
• Cirugía para corregir un defecto funcional • Cirugía para corregir una condición causada por una enfermedad o lesión, si: - la condición ha tenido un gran impacto en la apariencia del asegurado y - existe expectativa razonable de que la cirugía pueda corregir la condición • Cirugía para corregir una condición que existía al momento de o a partir de su nacimiento y que es una desviación considerable de la forma o normativa común. Ejemplos de anomalías congénitas son: protuberancias en la oreja, labio leporino, paladar hendido, marcas de nacimiento y dedos palmeados en las manos o los pies. • Todas las etapas de cirugía de reconstrucción del seno luego de una mastectomía, tales como: - Cirugía para lograr una apariencia simétrica de los senos; - Tratamiento debido a complicaciones físicas, tales como linfedema; - Prótesis del seno, sostenes prostéticos y reemplazos (vea Aparatos prostéticos) Nota: Si necesita una mastectomía, puede escoger que se le haga el procedimiento como paciente hospitalizado y permanecer allí hasta 48 horas luego del procedimiento.	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada Nota: Vea la sección 5(c), "Servicios ambulatorios en el hospital o centro de cirugía ambulatoria", para conocer los copagos.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Cirugía reconstructiva (cont.)	Opción Ampliada
- Cirugías de afirmación de género, tales como: -Vaginoplastia -Labiooplastia -Clitiroplastia -Vuvloplastia -Penectomía -Orquietomía -Aumento de senos -Histerectomía -Reconstrucción de uretra -Metoidioplastia -Faloplastia -Colpectomía -Vaginectomía -Escrotoplastia -Vulvectomía -Mastectomía Nota: Los servicios estarán cubiertos sujetos a las políticas médicas de Triple-S Salud y con autorización previa.	<i>Todos los cargos</i>
<i>No se cubren:</i> Cirugía cosmética – cualquier procedimiento (o porción de procedimiento) quirúrgico realizado principalmente para mejorar la apariencia física mediante un cambio en la forma del cuerpo, excepto para reparar alguna lesión accidental.	<i>Todos los cargos</i>
Cirugía oral y maxilofacial	Opción Ampliada
Procedimientos quirúrgicos orales, realizados solo cuando son médicamente necesarios, limitados a: - Reducción de fracturas en la quijada o los huesos faciales; - Corrección quirúrgica de labio leporino, paladar hendido o maloclusión funcional severa; - Extracción de cálculos de los conductos salivales; - Escisión de leucoplasia o neoplasias malignas; - Escisión de quistes e incisión de abscesos, si se realizan como procedimientos independientes; y - Cualquier otro procedimiento quirúrgico que no involucre los dientes o sus estructuras de soporte.	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada Nota: Vea la Sección 5(c), "Servicios provistos por hospitales y otras instalaciones, y servicios de ambulancia", para conocer el copago para centros de cirugía ambulatoria.
<i>No se cubren:</i> - Implantes y trasplantes orales - Procedimientos que involucran los dientes o sus estructuras de soporte (como la membrana periodontal, la encía y el hueso alveolar)	<i>Todos los cargos</i>

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

Trasplante de órgano/tejido - continúa en la próxima página

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

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos y tejidos (cont.)	Opción Ampliada
Los minitrasplantes realizados dentro de un contexto de investigación clínica (no mieloblatoivo, acondicionamiento de intensidad reducida o AIR), para asegurados que padezcan alguno de los siguientes diagnósticos, están sujetos a que el plan revise su necesidad médica. Refiérase a "Servicios que requieren nuestra preautorización" en la Sección 3 para conocer los procesos de precertificación: • Trasplantes alogénicos para las siguientes enfermedades: - Leucemia linfocítica o no linfocítica aguda (es decir, mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) - Linfoma no hodgkiniano avanzado con recurrencia (recaída) - Leucemia mieloide aguda - Trastornos mieloproliferativos avanzados (MPD) - Amiloidosis - Leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (CLL/SLL) - Hemoglobinopatía - Insuficiencia medular y trastornos relacionados (es decir, de Fanconi, HPN, aplasia pura de glóbulos rojos) - Mielodisplasia/síndromes mielodislásicos - Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) - Inmunodeficiencia combinada grave - Anemia aplásica severa o muy severa • Trasplantes autólogos para las siguientes enfermedades: - Leucemia linfocítica o no linfocítica aguda (es decir, mielógena) - Linfoma de Hodgkin avanzado con recurrencia (recaída) - Linfoma no hodgkiniano avanzado con recurrencia (recaída) - Amiloidosis - Neuroblastoma	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos y tejidos (cont.)	Opción Ampliada
Estos trasplantes de sangre o médula ósea solo estarán cubiertos para investigaciones clínicas aprobadas en el Instituto Nacional de Cáncer o los Institutos Nacionales de Salud, o realizados en los centros de excelencia designados por el plan; y si además lo aprueba el director médico del plan según los protocolos de este. Si usted participa en un estudio de investigación clínica, el plan proporcionará los beneficios del cuidado rutinario relacionado médicamente necesarios (tales como visitas médicas, pruebas de laboratorio, rayos X, tomografías y hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la condición del paciente) si no son provistos por el estudio de investigación clínica. La Sección 9 tiene información adicional sobre costos relacionados con los estudios de investigación clínica. Lo alentamos a que, si participa en un estudio de investigación clínica, contacte al plan para analizar los servicios específicos. • Trasplantes alogénicos para las siguientes enfermedades: - Etapa inicial (asintomática o no avanzada) de linfoma linfocítico pequeño - Mieloma múltiple, hasta los 65 años • Minitrasplantes (no mieloblátivos alogénicos, AIR) para las siguientes enfermedades: - Leucemia linfocítica o no linfocítica aguda (es decir, mielógena), hasta los 60 años - Linfoma de Hodgkin avanzado - Linfoma no hodgkiniano avanzado - Leucemia linfocítica crónica - Leucemia mielógena crónica - Etapa inicial (asintomática o no avanzada) de linfoma linfocítico pequeño - Mieloma múltiple, hasta los 65 años - Anemia falciforme (<i>sickle cell</i>) • Trasplantes autólogos para las siguientes enfermedades: - Cáncer renal infantil avanzado - Sarcoma de Ewing agudo - Cáncer del seno - Rabdomiosarcoma infantil - Etapa inicial (asintomática o no avanzada) de linfoma linfocítico pequeño - Cáncer epitelial de ovario - Linfoma de células de manto (no hodgkiniano)	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos
Nota: Para todo trasplante cubierto de órganos/tejidos, si el receptor está cubierto, también cubriremos los gastos médicos y hospitalarios del donante. Cubriremos las pruebas del donante de órganos sólidos en cuestión o hasta cuatro donantes para trasplante de médula ósea/células madre, además de las pruebas a los familiares.	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos

Trasplante de órgano/tejido - continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Trasplantes de órganos y tejidos (cont.)	Opción Ampliada
Programa Nacional de Trasplantes (NTP, por sus siglas en inglés)	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos
<i>No se cubren:</i> • Pruebas de detecciones y gastos de búsquedas de donantes, excepto como se indica anteriormente. • Implantes de órganos artificiales. • Donantes vivos para trasplante de intestino en adultos y niños. • Trasplantes no listados como cubiertos. • Transportación, comidas y gastos de estadía.	<i>Todos los cargos</i>
Anestesia	Opción Ampliada
Servicios profesionales provistos en: • Hospital (paciente hospitalizado) • Departamento ambulatorio de hospital • Centro de enfermería especializada • Centro de cirugía ambulatoria • Oficina	En la red: Nada Fuera de la red: Todos los cargos
<i>No se cubren:</i> • Anestesia para cirugías y procedimientos no cubiertos	<i>Todos los cargos</i>

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

	Factores importantes para considerar sobre estos beneficios: • Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto, y solo se pagan si determinamos que son médicamente necesarios. • Para maximizar sus beneficios, deben ser médicos del plan quienes le brinden o coordinen su cuidado, y usted debe estar hospitalizado en una instalación participante del plan. • Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas". • Las cantidades que aparecen a continuación son por los cargos facturados por instalaciones (p. ej., hospitales o centros quirúrgicos), o servicios de ambulancia para su cirugía o cuidado. Todos los costos asociados con cargos profesionales (p. ej. médicos, etc.) se encuentran en la sección 5(a) o (b). • Su médico debe obtener una precertificación previa para estadías en el hospital. Consulte la sección 3 para conocer estar seguro de qué servicios requieren precertificación • Vea la Sección 3 para más información sobre la "Red de hospitales de cuidado coordinado" disponible para usted. • Si utiliza un proveedor fuera del plan pero que se encuentre en de nuestra área de servicios, usted pagará por los servicios recibidos y el plan le reembolsará 90% de la tarifa establecida por el plan, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable. Por favor, refiérase a la Sección 1, bajo "¿Quién provee mi cuidado de salud?", para conocer más sobre los servicios de emergencia ofrecidos fuera del área de servicio.	
Descripción de los Beneficios		Usted paga
Hospitalizaciones		Opción Ampliada
Alojamiento y comida, tal como • Acomodo en sala, cuarto semiprivado o cuidado intensivo • Cuidado general de enfermería • Comidas y dietas especiales NOTA: La "Red de hospitales de cuidado coordinado" está disponible como parte de sus servicios de asistencia personalizada, para su conveniencia. Vea la Sección 3 para información sobre los servicios disponibles para usted. NOTA: Si usted escoge una habitación privada aunque no sea médicamente necesaria, deberá pagar la cantidad en exceso de la tarifa por una habitación semiprivada.		En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre los cargos permitidos y la cantidad facturada
Otros servicios hospitalarios y suplidos, tales como: • Salas de operaciones, recuperación, maternidad y tratamiento • Medicamentos recetados • Pruebas diagnósticas de laboratorio y rayos X • Administración de sangre y sus derivados • Sangre o plasma sanguíneo, si no ha sido donada o reemplazada • Vendajes, férulas, yesos y servicios de bandejas estériles • Suplidos y equipo médico, incluido el oxígeno		En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre los cargos permitidos y la cantidad facturada

Hospitalizaciones - continúa en la próxima página

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Hospitalizaciones (cont.)	Opción Ampliada
- Anestésicos, incluidos los servicios de enfermera anestesista - Suplidos médicos, aparatos, equipo médico y cualquier otro artículo cubierto facturado por un hospital para uso en el hogar	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre los cargos permitidos y la cantidad facturada
<i>No se cubren:</i> - Cuidado de custodia, descanso, cuidado domiciliario o de convalecencia - Instalaciones no cubiertas, tales como hogares geriátricos, escuelas - Artículos para su comodidad personal, tal como teléfono, televisión, servicio de barbería, comidas y camas para visitantes - Servicios de enfermería privada - Hospitalizaciones para cirugías y procedimientos no cubiertos	<i>Todos los cargos</i>
Servicios ambulatorios en el hospital o centro de cirugía ambulatoria	Opción Ampliada
- Salas de operaciones, recuperación y otros tratamientos - Medicamentos recetados - Servicios de patología - Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos biológicos - Sangre o plasma sanguíneo, si no ha sido donada o reemplazada - Vendajes, yesos y servicios de bandejas estériles - Suplidos médicos, incluye oxígeno - Anestésicos y servicios de anestesia NOTA: Nosotros cubrimos los servicios y suplidos de hospital relacionados con procedimientos dentales si son necesarios debido a un impedimento físico no dental. No cubrimos los procedimientos dentales.	En la red: \$25 de copago por la instalación al realizarse una cirugía ambulatoria Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Pruebas pre quirúrgicas	En la red: Nada por rayos-X, \$1.00 por prueba de laboratorio; 20% para polisomnografía, amniocentesis genética, pruebas vasculares y cardiovasculares no invasivas, incluidos el electrocardiograma y el EEG. Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
<i>No se cubren:</i> Cargos que usted incurra por servicios ambulatorios en un hospital o facilidad, por cirugías o procedimientos no cubiertos	<i>Todos los cargos</i>

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Beneficios de cuidado extendido/centro de enfermería especializada	Opción Ampliada
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Atención médica ilimitada y adecuada, incluso cama, alojamiento y cuidado de enfermería general; medicamentos, productos biológicos, suplidos y equipos usualmente provistos o coordinados por el centro de enfermería especializada, al ser recetados por un proveedor del plan. Usted o su proveedor del plan deben obtener una precertificación de su plan antes de ser internado en un centro de enfermería especializada, según se indica en la página 19 a la 20.	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
<i>No se cubren:</i> Cuidado de custodia, descanso, cuidado domiciliario o de convalecencia	<i>Todos los cargos</i>
Cuidado de hospicio	Opción Ampliada
Cuidados paliativos y de apoyo a asegurados con una expectativa de vida proyectada de seis meses o menos, debido a una condición médica terminal, cubiertos en el hogar Nota: Los servicios requieren una precertificación y están sujetos al protocolo de Triple-S Salud, Inc. El cuidado de hospicio se centra en aliviar el dolor, la ansiedad, el sufrimiento y otros síntomas de enfermedades crónicas y terminales, así atendiendo todas las necesidades emocionales y espirituales del asegurado y su familia. La duración de los servicios de hospicio cubiertos no debe exceder 120 días.	En la red: Nada, cubierto a través de Manejo de Caso Fuera de la red: Todos los cargos
<i>No se cubren:</i> - Servicio de enfermería independiente - Servicios domésticos	<i>Todos los cargos</i>
Ambulancia	Opción Ampliada
Servicios locales de ambulancias profesionales, si son médicamente necesarios	Nada Nota: Usted debe presentar la reclamación del proveedor y solicitar nuestro reembolso.
Servicios de ambulancia aérea dentro del área de servicio (Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE. UU.)	Nada, hasta \$50,000 por incidente.
<i>No se cubren:</i> Servicio de ambulancia aérea fuera de Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE. UU..	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(d). Accidentes / servicios de emergencia

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios

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

¿Qué es una emergencia médica?

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

Qué hacer en caso de emergencia:

Emergencias dentro de nuestra área de servicio

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

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

En emergencias extremas, si presenta síntomas de gravedad suficiente, inclusive dolor intenso, contacte al servicio local de emergencias (p. ej., el sistema telefónico 911) o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si llama al número libre de cargos antes mencionado y recibe una recomendación o número de registro, no tendrá que pagar los \$25 de copago, el copago de \$25 se elimina y usted solo paga \$10 de copago. Si la emergencia resulta en una admisión al hospital, no pagará nada por la admisión.

Emergencias fuera de nuestra área de servicio

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

- Con su autorización, este plan pagará beneficios directamente a proveedores no participantes por servicios de emergencia, al recibir su reclamación. Las reclamaciones de médicos no participantes deberán presentarse usando el formulario CMS 1500. Si se le requiere que pague por los servicios, envíe a este plan las facturas detalladas y sus recibos, con una explicación de los servicios y la información de su tarjeta de identificación.
- El pago se le enviará a usted (o al proveedor, si usted no pagó la factura), a menos que la reclamación sea denegada. Si la reclamación es denegada, recibirá un aviso sobre la decisión e incluiremos la razón de la denegación y las disposiciones del contrato que sirvieron de fundamento para tal denegación. Si no está de acuerdo con la decisión del plan, puede solicitar una reconsideración de acuerdo con el procedimiento para las disputas de reclamaciones que se describe en las páginas 71 a 73.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Emergencia dentro de nuestra área de servicio	Opción Ampliada
Cuidado de emergencia en una oficina médica	Copago de \$7.50
Cuidado de emergencia en una sala de emergencia de hospital	\$25; si recomendamos la visita, \$10
Cuidado de emergencia en una sala de urgencia	En la red: Copago de \$10 Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre los cargos permitidos y la cantidad facturada
Cuidado de emergencia al estar hospitalizado, incluye servicios médicos	Nada
<i>No se cubren:</i> Cuidados opcionales o no urgentes	<i>Todos los cargos</i>
Emergencia fuera de nuestra área de servicio	Opción Ampliada
- Cuidado de emergencia en una oficina médica - Cuidado de emergencia en una sala de urgencia - Cuidado de emergencia como paciente ambulatorio o internado en hospital, incluye servicios médicos Nota: Vea la Sección 5(h), "Bienestar y otros beneficios especiales", para información sobre el Programa BlueCard.	10% de nuestra aportación Nota: Cuando utilice proveedores no participantes, deber presentar la reclamación del proveedor y solicitar a este plan el reembolso. El plan le reembolsará 90% del cargo usual, acostumbrado y razonable en el área donde se brindaron los servicios de emergencia, o de acuerdo con las tarifas de proveedores no participantes del plan local de Blue Cross Blue Shield, después de cualquier copago o coaseguro aplicable. Cuando utilice proveedores participantes, el plan pagará a los proveedores 90% del cargo usual, acostumbrado y razonable en el área donde se brindaron los servicios de emergencia o de acuerdo con las tarifas del plan local del Blue Cross Blue Shield, después de cualquier copago o coaseguro aplicable.
Atención de emergencia en los centros médicos Sanitas Urgent Care en Florida	En la red: copago de \$50 Fuera de la red: 10% de nuestra asignación Nota: Cuando utilice proveedores que no pertenecen al plan, debe presentar el reclamo del proveedor y solicitar el reembolso de este Plan. El plan le reembolsa el 90 % de los cargos habituales, acostumbrados y razonables para el área en la que se prestan los servicios de emergencia o según las tarifas de los proveedores fuera del plan del plan local de Blue Cross Blue Shield, después de cualquier copago o coaseguro aplicable. Al utilizar proveedores del Plan, el plan pagará a los proveedores el 90 % de los cargos habituales, acostumbrados y razonables para el área en la que se prestan los servicios de emergencia o de acuerdo con las tarifas del Plan local de Blue Cross Blue Shield, después de cualquier copago o coaseguro aplicable.

Ambulancia	Opción Ampliada
Servicios locales de ambulancias profesionales, si son médicamente necesarios Nota: Vea la Sección 5(c), Servicios provistos por un hospital u otra instalación y servicios de ambulancia para servicios no urgentes.	Nada Nota: Usted debe presentar la reclamación del proveedor y solicitar nuestro reembolso.
Servicios de ambulancia aérea dentro del área de servicio (Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE. UU.)	Nada, hasta \$50,000 por incidente
<i>No se cubren:</i> Servicio de ambulancia aérea fuera del área de servicio	<i>Todos los cargos</i>

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

Factores importantes para considerar sobre estos beneficios:

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

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

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

Sección 5(f). Beneficios de medicamentos recetados

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Cubrimos medicamentos recetados, como se describe en la tabla que comienza en la página 63.
- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones que aparecen en este folleto, y solo se pagarán si determinamos que son médicamente necesarios.
- Su médico debe obtener aprobación previa / preautorización para ciertos suplidos y medicamentos recetados, antes que aplique la cubierta. Las aprobaciones previas o preautorizaciones deben renovarse periódicamente.
- La ley federal prohíbe que las farmacias acepten medicamentos sin usar.
- Lea la Sección 4, "Sus costos por servicios cubiertos", para obtener información importante sobre cómo funcionan los costos compartidos. También lea la Sección 9, "Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas".
- Si usa una farmacia no participante, el plan pagará 75% de la tarifa establecida por el plan para medicamentos recetados y usted pagará los cargos restantes.

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

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

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

Usamos un formulario de medicamentos. Cubrimos medicamentos que no están en el formulario recetados por un médico del Plan. Si su médico cree que es necesario un producto de marca preferida o no hay un genérico disponible, su médico puede recetarle un producto de marca preferida de la lista del formulario. Nuestra lista de medicamentos incluye medicamentos preferidos que seleccionamos para satisfacer las necesidades de los pacientes a un costo menor. Para solicitar un folleto de medicamentos recetados, llame al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de los EE. UU.

Contamos con un formulario administrado o Lista de Medicamentos es una lista de medicamentos que representa una evaluación previa del Comité de Farmacia y Terapéutica del Plan respecto de su eficiencia, seguridad y costo efectividad; que garantiza la calidad de la terapia, minimizando una utilización inadecuada que pueda afectar la salud del paciente. Consulte la Lista de medicamentos para obtener más información sobre descripciones de niveles de beneficios, términos de farmacia, ediciones de utilización e instrucciones especiales. Nos reservamos el derecho de elegir aquellos medicamentos recetados que se incluirán en su Cobertura de medicamentos recetados. Cualquier gasto por medicamentos recetados nuevos no estará cubierto hasta que dicho medicamento recetado sea evaluado y recomendado para su inclusión por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica. Además, también se considerará exclusión cualquier nuevo medicamento recetado de clasificación terapéutica excluida.

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

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

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

Algunos medicamentos requieren precertificación. La Lista de Medicamentos identifica los medicamentos que requieren precertificación con las iniciales **PA**. La farmacia también contactará al plan para obtener autorización para cambios en dosis y si los cargos exceden \$750 por receta despachada. Algunos medicamentos solo se despacharán en farmacias especializadas (CVS Caremark Specialty Pharmacy, Walgreens Specialty Pharmacy y Best Option Pharmacy) para asegurar que estos

medicamentos se receten y despachen adecuadamente. Para obtener una lista de estos medicamentos, llame al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU..

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

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

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

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

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

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

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

Programa de Farmacia Especializada. Los productos especializados son aquellos utilizados para tratar condiciones crónicas y de alto riesgo, tales como cáncer, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, hemofilia y hepatitis C, entre otras. Estos requieren administración y/o manejo especial debido a su composición compleja. Debe despachar todas sus recetas de medicamentos especializados en nuestras farmacias especializadas: CVS Caremark Specialty Pharmacy, Walgreens Specialty Pharmacy o Best Option Pharmacy. Al seleccionar su farmacia preferida, usted recibirá una evaluación del personal especializado en el manejo de condiciones crónicas para poder identificar sus necesidades particulares y contestar cualquier pregunta que tenga sobre su medicamento. Además, podrá coordinar la entrega de sus medicamentos al lugar de su elección y consultar con el personal de farmacia, y tendrá la opción de ordenar repeticiones o verificar su estatus a través de una página web dedicada a los participantes del programa. El personal de farmacia colaborará con su médico en el manejo de su condición y su terapia de medicamentos. Para más información, llame al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY:1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

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

- Una receta para un período de 30 días a ser despachada inmediatamente en cualquier farmacia participante.
- Una receta para un abastecimiento de 90 días, y que incluya una (1) repetición. Esta receta es la que será despachada por el Programa de envío de medicamentos por correo.

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

Servicio de abastecimiento para 90 días. Este programa voluntario le permite obtener abastecimientos de 90 días para ciertos medicamentos de mantenimiento en farmacias comerciales que participen en el programa. Para más información, llame al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) si llama desde Islas Vírgenes de EE. UU.

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

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suplidos cubiertos	Opción Ampliada
Cubrimos los siguientes medicamentos y suministros recetados por un Plan médico y obtenido en una farmacia del plan o a través de nuestro pedido por correo programa: • Medicamentos recetados para tratar la obesidad. • Fármacos y medicamentos que, según la ley federal de Estados Unidos, deben ser recetados por un médico para poder comprarlos, excepto aquellos listados como No cubiertos. • Insulina • Los suplidos para diabéticos están limitados a: - Aguja desechable y jeringuilla para la administración de medicamentos cubiertos • Medicamentos para la disfunción sexual - limitado a seis (6) pastillas por mes para hombres mayores de 18 años de edad. • Medicamentos para tratar disforia de género - Terapia Hormonal-consulte la Lista de medicamentos para obtener más información. https://salud.grupotriples.com/planes-medicos/empleado-federal/ • Vitaminas, únicamente si incluyen la leyenda: "La ley Federal prohíbe el despacho sin receta", incluidas las vitaminas prenatales. Nota: Líquidos y medicamentos intravenosos para uso en el hogar, medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables están cubiertos bajo el Beneficio Médico-Quirúrgico (también están cubiertos bajo el Beneficio Médico-Quirúrgico al ofrecerse como parte de un programa de servicios de salud en el hogar).	Usted pagará los siguientes copagos por medicamentos en la Lista de Medicamentos obtenidos en una farmacia del plan: • Nivel 1: Medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición • Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos, \$20 por unidad o repetición • Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$20, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$125 por unidad o repetición • Nivel 4: Medicamentos especializados/biotecnológicos preferidos, 25% o \$200, lo que sea menor, por unidad o repetición • Nivel 5: Medicamentos especializados/biotecnológicos no preferidos, 30% o \$300, lo que sea menor, por unidad o repetición

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suplidos cubiertos (cont.)	Opción Ampliada
Exención de copago para medicamentos genéricos: • Agentes antihipertensivos - Solo incluye inhibidores ACE, bloqueadores del receptor de angiotensina (BRA) e inhibidores directos de renina • Antidiabéticos orales - Medicamentos cubiertos antidiabéticos por vía oral, excepto inyectables • Antihiperlipidémicos - Solo incluye estatinas • Naloxone	En la red: Nada Nota: Aplica solo a medicamentos genéricos. Para los copagos o coaseguros de los medicamentos de marca, refiérase al Nivel 2 y Nivel 3.
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos como se enumeran en el portal de la Administración de Recursos y Servicios de Salud https://www.hrsa.gov/womens-guidelines La cubierta anticonceptiva está disponible sin costo para los asegurados de FEHB. El beneficio de anticoncepción incluye al menos una opción en cada una de las categorías por la HRSA, los métodos anticonceptivos (así como la detección, educación, consejería y atención de seguimiento). Se puede acceder a cualquier anticonceptivo que no esté disponible sin costo compartido en el formulario a través del proceso de excepción expedita de anticonceptivos, cuando lo recete un médico. • Medicamentos de venta libre y recetados aprobados por la FDA para prevenir embarazos no deseados. • Para información adicional se puede comunicar con Servicio al Cliente llamando al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. • Reembolso para contraceptivos sin receta pueden ser sometidas de acuerdo a la Sección 7. Nota: Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos sin receta aprobados por la FDA y el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud, Inc. requieren una orden médica por escrito emitida por un proveedor autorizado. Por favor consulte el formulario de farmacia para ver la lista completa. Nota: Para conocer los beneficios adicionales de Planificación Familiar, consulte la Sección 5(a). Para obtener más información sobre medicamentos anticonceptivos, consulte el Formulario de lista de medicamentos: https://salud.grupotriples.com/planes-medicos/empleado-federal/	En la red: Nada
• Medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (recetados y OTC), incluye parchos de nicotina Nota: Los medicamentos de venta libre y los medicamentos recetados apropiados aprobados por la FDA para tratar la dependencia del tabaco están cubiertos a través de las Clases y programas educativos para dejar de fumar en la Sección 5(a).	En la red: Nada

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Los agentes de rescate de opioides, como la naloxona, están cubiertos por este Plan sin costo compartido cuando se obtienen en nuestra farmacia en cualquier forma disponible sin receta o con receta, como aerosoles nasales e inyecciones intramusculares. Para obtener más información, consulte la guía de la FDA en https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/access-naloxone-can-save-life-during-opioid-overdose O llame a la línea de ayuda nacional de SAMHSA 1-800-662-HELP (4357) o visite https://www.findtreatment.samhsa.gov/	En la red: Nada
Medicamentos de cuidado preventivo para promover una mejor salud, según recomendado por la ACA.	En la red: Nada
Los siguientes medicamentos y suplementos están cubiertos sin costo compartido, aunque se vendan sin receta, si son recetados por un profesional de la salud y despachados en una farmacia de la red. • Aspirina (81 mg) para adultos de 50 a 75 años de edad con 10% de riesgo cardiovascular a 10 años para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal • Suplementos de ácido fólico de 400 y 800 mcg para mujeres en edad reproductiva • Suplementos de hierro para niños de 4 meses a 21 años de edad con riesgo de anemia • Flúor en tabletas o solución (no pastas de dientes ni enjuagues bucales) para niños entre 0 y 5 años de edad • Medicamentos preventivos de cáncer del seno, como Tamoxifen o Raloxifene • Medicamentos preventivos con estatinas para adultos de 40 a 75 años de edad sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares, uno o más factores de riesgo para dichas enfermedades y riesgo de sufrir un evento cardiovascular de 10% o más, calculado a 10 años Nota: Para recibir este beneficio, se debe presentar una receta médica en la farmacia.	En la red: Nada
Medicamentos y suplidos cubiertos (cont.)	Opción Ampliada
Programa de envío de medicamentos por correo y abastecimiento extendido a 90 días Estos programas tienen las siguientes características: • Abastecimiento para 90 días, incluye una (1) repetición • No todos los medicamentos están sujetos a este programa. Nota: Los medicamentos Nivel 4 y Nivel 5 no están disponibles para el Programa de envío de medicamentos por correo / abastecimiento extendido a 90 días porque los medicamentos especializados/biotecnológicos solo se despachan en farmacias especializadas.	Usted pagará los siguientes copagos por medicamentos en la Lista de Medicamentos: • Nivel 1: Medicamentos genéricos, \$4 por unidad o repetición • Nivel 2: Medicamento de marca preferido, \$40 por unidad o repetición • Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$60, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$375, por unidad o repetición Nota: Usted no pagará cargos de envío

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<i>No se cubren:</i> • Medicamentos y suplidos para propósitos cosméticos • Vitaminas, nutrientes y suplementos alimenticios no listados como beneficios cubiertos, aunque un médico los recete o administre. • Medicamentos sin receta, a menos que se indique en específicamente en otra parte o medicamentos para los que hay un equivalente sin receta disponible (Excepto: Prilosec OTC 20 mg, Nexium, Claritin y sus genéricos; y Zaditor y sus genéricos que están cubiertos con cero copago; si los receta un médico) • Suplidos médicos, tales como vendajes, antisépticos, lancetas y tirillas • Medicamentos provistos por farmacias fuera de Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE.UU., Estados Unidos y sus territorios, excepto para emergencias • Medicamentos para mejorar el desempeño atlético • Medicamentos que son experimentales o que están bajo investigación, a menos que no hayan sido aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Terapias hormonales para condiciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) Nota: Los medicamentos de venta libre y los medicamentos recetados apropiados aprobados por la FDA para tratar la dependencia del tabaco están cubiertos por las Clases y Programas Educativos para Dejar de Fumar en la Sección 5(a)	<i>Todos los cargos</i>
Los agentes de rescate de opioides, como la naloxona, están cubiertos por este Plan sin costo compartido cuando se obtienen de una farmacia [de la red] en cualquier forma de venta libre o con receta disponible, como aerosoles nasales e inyecciones intramusculares. Para obtener más información, consulte la guía de la FDA en: https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/access-naloxone-can-save-life-duringopioid-overdose o llame a la línea de ayuda nacional de SAMHSA 1-800-662-HELP (4357) o visite https://www.findtreatment.samhsa.gov/	En la red: Nada

Sección 5(f)(a). Beneficios de medicamentos recetados

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Estos beneficios de medicamentos recetados son para los miembros inscritos en nuestro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (PDP) del Plan del Grupo de Exención del Empleador (EGWP).
- Si eres un retirado del Servicio Postal y su miembro de la familia cubierto que es elegible para Medicare, serás inscrito automáticamente en nuestro PDP EGWP. Contáctanos para obtener más información al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE.UU., o visita nuestro sitio web en www.ssspr.com.

Nota: Notifícanos lo antes posible si usted o su miembro de la familia elegible ya están inscritos en un Plan de Parte D de Medicare. La inscripción en nuestro PDP EGWP cancelará tu inscripción en otro plan de Parte D de Medicare.

Ventajas de estar inscrito en nuestro PDP EGWP:

- En nuestro PDP EGWP, su participación en los costos de los medicamentos y suministros cubiertos será igual o mejor que la participación en los costos para aquellos inscritos en nuestro programa estándar de medicamentos recetados fuera del PDP EGWP.
- En nuestro PDP EGWP, tienes una red de farmacias que puede incluir farmacias fuera de la red o excluidas para aquellos inscritos en nuestro programa estándar de medicamentos recetados no PDP EGWP.

Cubrimos medicamentos y suministros como se describe a continuación y en las siguientes páginas:

- Recuerda que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto y se pagan solo cuando determinamos que son médicamente necesarios.
- Tus prescriptores deben obtener una aprobación/ autorización previa para ciertos medicamentos recetados. Las aprobaciones/autorizaciones previas deben renovarse periódicamente.
- La ley federal prohíbe que la farmacia acepte medicamentos y suministros no utilizados.
- Asegúrate de leer la *Sección 4: Sus costos por servicios cubiertos*, para obtener información valiosa sobre cómo funcionan los copagos. También, lee la Sección 9 para obtener información sobre cómo pagamos si tienes otra cobertura.
- Si eliges optar por salir o darte de baja de nuestro PDP EGWP, consulta la Sección 9 para más información sobre PDP EGWP y nuestro proceso de salida y baja. Contáctanos para obtener ayuda con el proceso de salida y baja del PDP EGWP al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

Advertencia: Si usted decide salir o darte de baja de nuestro PDP EGWP, no tendrás cobertura de medicamentos recetados del Programa PSMB.

Si no mantienes cobertura creditable, su reinscripción en nuestro PDP EGWP podría estar sujeta a una penalización por inscripción tardía. Contáctanos para obtener ayuda al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

Nota: Si eliges salir o darte de baja de nuestro PDP EGWP, su prima no se reducirá, y tal vez debas esperar hasta la Temporada Abierta o hasta que se presente un **Evento de Vida Calificado (QLE)** para reinscribirte. Si no mantienes cobertura acreditable, su reinscripción en nuestro PDP EGWP podría estar sujeta a una penalización por inscripción tardía. Contáctanos para obtener ayuda al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

Cada nuevo inscrito recibirá una descripción de nuestro **Resumen de Beneficios del PDP EGWP**, una tarjeta combinada de identificación de medicamentos recetados/plan, un formulario de pedido por correo/perfil del paciente y un sobre de respuesta predirigido.

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

Quién puede escribir su receta. Su medicamento debe ser recetado por un médico o dentista con licencia y, en los estados que lo permitan, por proveedores con licencia o certificados con autoridad para recetar dentro de su ámbito de práctica. Sus médicos deben estar autorizados por Medicare para recetar.

Dónde puede obtener los medicamentos. Puede surtir sus recetas en cualquier farmacia de la red. Para obtener ayuda para encontrar una farmacia de la red PDP EGWP, visite nuestro sitio web en <https://salud.grupotriples.com/es/planes-de-seguro-de-salud/triple-s-salud-para-empleados-federales/>, o llámenos al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Usamos un formulario de medicamentos. Su proveedor puede recetar medicamentos que están sujetos a una revisión adicional para determinar si son médicamente necesarios. Puede ver nuestro formulario en nuestro sitio web en <https://salud.grupotriples.com/es/planes-de-seguro-de-salud/triple-s-salud-para-empleados-federales/>, o llamarnos al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

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

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

Algunos medicamentos requieren precertificación. La Lista de Medicamentos identifica los medicamentos que requieren precertificación con las iniciales **PA**. La farmacia también contactará al plan para obtener autorización para cambios en dosis y si los cargos exceden \$750 por receta despachada. Algunos medicamentos solo se despacharán en farmacias especializadas (CVS Caremark Specialty Pharmacy, Walgreens Specialty Pharmacy y Best Option Pharmacy) para asegurar que estos medicamentos se receten y despachen adecuadamente. Para obtener una lista de estos medicamentos, llame al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU..

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

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

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

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

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

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

Si rechazamos su reclamo y desea apelar, usted, su representante o su médico deben solicitar una apelación siguiendo el proceso descrito en la Sección 8(a). Proceso de reclamos en disputa de Medicare PDP EGWP. El proceso de apelaciones de PDP EGWP tiene 5 niveles. Si no está de acuerdo con la decisión tomada en cualquier nivel del proceso, generalmente puede pasar al siguiente nivel. En cada nivel, recibirá instrucciones en la carta de decisión sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación.

Máximo catastrófico de PDP EGWP

El máximo de desembolso personal por medicamentos recetados es de \$2000. Una vez alcanzado este máximo, pagamos el 100 % de todos los beneficios de medicamentos recetados cubiertos que cumplan con los requisitos.

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suplidos cubiertos Cubrimos los siguientes medicamentos y suministros recetados por un Plan médico y obtenido en una farmacia del plan o a través de nuestro pedido por correo programa: • Medicamentos recetados para tratar la obesidad. • Fármacos y medicamentos que, según la ley federal de Estados Unidos, deben ser recetados por un médico para poder comprarlos, excepto aquellos listados como No cubiertos. • Insulina • Los suplidos para diabéticos están limitados a: - Aguja desechable y jeringuilla para la administración de medicamentos cubiertos • Medicamentos para la disfunción sexual - limitado a seis (6) pastillas por mes para hombres mayores de 18 años de edad. • Medicamentos para tratar disforia de género - Terapia Hormonal-consulte la Lista de medicamentos para obtener más información. https://salud.grupotriples.com/planes-medicos/empleado-federal/ • Vitaminas, únicamente si incluyen la leyenda: “La ley Federal prohíbe el despacho sin receta”, incluidas las vitaminas prenatales. Nota: Líquidos y medicamentos intravenosos para uso en el hogar, medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables están cubiertos bajo el Beneficio Médico-Quirúrgico (también están cubiertos bajo el Beneficio Médico-Quirúrgico al ofrecerse como parte de un programa de servicios de salud en el hogar).	Opción Ampliada Usted pagará los siguientes copagos por medicamentos en la Lista de Medicamentos obtenidos en una farmacia del plan: • Nivel 1: Medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición • Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos, \$20 por unidad o repetición • Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$20, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$125 por unidad o repetición • Nivel 4: Medicamentos especializados/biotecnológicos preferidos, 25% o \$200, lo que sea menor, por unidad o repetición

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Medicamentos y suplidos cubiertos (cont.)	Opción Ampliada
Exención de copago para medicamentos genéricos: • Agentes antihipertensivos - Solo incluye inhibidores ACE, bloqueadores del receptor de angiotensina (BRA) e inhibidores directos de renina • Antidiabéticos orales - Medicamentos cubiertos antidiabéticos por vía oral, excepto inyectables • Antihiperlipidémicos - Solo incluye estatinas • Naloxone	En la red: Nada Nota: Aplica solo a medicamentos genéricos. Para los copagos o coaseguros de los medicamentos de marca, refiérase al Nivel 2 y Nivel 3.
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos como se enumeran en el portal de la Administración de Recursos y Servicios de Salud https://www.hrsa.gov/womens-guidelines La cubierta anticonceptiva está disponible sin costo para los asegurados de FEHB. El beneficio de anticoncepción incluye al menos una opción en cada una de las categorías por la HRSA, los métodos anticonceptivos (así como la detección, educación, consejería y atención de seguimiento). Se puede acceder a cualquier anticonceptivo que no esté disponible sin costo compartido en el formulario a través del proceso de excepción expedita de anticonceptivos, cuando lo recete un médico. • Medicamentos de venta libre y recetados aprobados por la FDA para prevenir embarazos no deseados. • Para información adicional se puede comunicar con Servicio al Cliente llamando al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. • Reembolso para contraceptivos sin receta pueden ser sometidas de acuerdo a la Sección 7. Nota: Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos sin receta aprobados por la FDA y el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud, Inc. requieren una orden médica por escrito emitida por un proveedor autorizado. Por favor consulte el formulario de farmacia para ver la lista completa. Nota: Para conocer los beneficios adicionales de Planificación Familiar, consulte la Sección 5(a). Para obtener más información sobre medicamentos anticonceptivos, consulte el Formulario de lista de medicamentos: https://salud.grupotriples.com/planes-medicos/empleado-federal/	En la red: Nada
• Medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (recetados y OTC), incluye parchos de nicotina Nota: Los medicamentos de venta libre y los medicamentos recetados apropiados aprobados por la FDA para tratar la dependencia del tabaco están cubiertos a través de las Clases y programas educativos para dejar de fumar en la Sección 5(a).	En la red: Nada

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Los agentes de rescate de opioides, como la naloxona, están cubiertos por este Plan sin costo compartido cuando se obtienen en nuestra farmacia en cualquier forma disponible sin receta o con receta, como aerosoles nasales e inyecciones intramusculares. Para obtener más información, consulte la guía de la FDA en https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/access-naloxone-can-save-life-during-opioid-overdose O llame a la línea de ayuda nacional de SAMHSA 1-800-662-HELP (4357) o visite https://www.findtreatment.samhsa.gov/	En la red: Nada
Medicamentos de cuidado preventivo para promover una mejor salud, según recomendado por la ACA.	En la red: Nada
Los siguientes medicamentos y suplementos están cubiertos sin costo compartido, aunque se vendan sin receta, si son recetados por un profesional de la salud y despachados en una farmacia de la red. • Aspirina (81 mg) para adultos de 50 a 75 años de edad con 10% de riesgo cardiovascular a 10 años para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal • Suplementos de ácido fólico de 400 y 800 mcg para mujeres en edad reproductiva • Suplementos de hierro para niños de 4 meses a 21 años de edad con riesgo de anemia • Flúor en tabletas o solución (no pastas de dientes ni enjuagues bucales) para niños entre 0 y 5 años de edad • Medicamentos preventivos de cáncer del seno, como Tamoxifen o Raloxifene • Medicamentos preventivos con estatinas para adultos de 40 a 75 años de edad sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares, uno o más factores de riesgo para dichas enfermedades y riesgo de sufrir un evento cardiovascular de 10% o más, calculado a 10 años Nota: Para recibir este beneficio, se debe presentar una receta médica en la farmacia.	En la red: Nada
Medicamentos y suplidos cubiertos (cont.)	Opción Ampliada
Programa de envío de medicamentos por correo y abastecimiento extendido a 90 días Estos programas tienen las siguientes características: • Abastecimiento para 90 días, incluye una (1) repetición • No todos los medicamentos están sujetos a este programa. Nota: Los medicamentos Nivel 4 y Nivel 5 no están disponibles para el Programa de envío de medicamentos por correo / abastecimiento extendido a 90 días porque los medicamentos especializados/biotecnológicos solo se despachan en farmacias especializadas.	Usted pagará los siguientes copagos por medicamentos en la Lista de Medicamentos: • Nivel 1: Medicamentos genéricos, \$4 por unidad o repetición • Nivel 2: Medicamento de marca preferido, \$40 por unidad o repetición • Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$60, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$375, por unidad o repetición Nota: Usted no pagará cargos de envío

Descripción de los Beneficios	Usted paga
<i>No se cubren:</i> • Medicamentos y suplidos para propósitos cosméticos • Vitaminas, nutrientes y suplementos alimenticios no listados como beneficios cubiertos, aunque un médico los recete o administre. • Medicamentos sin receta, a menos que se indique en específicamente en otra parte o medicamentos para los que hay un equivalente sin receta disponible (Excepto: Prilosec OTC 20 mg, Nexium, Claritin y sus genéricos; y Zaditor y sus genéricos que están cubiertos con cero copago; si los receta un médico) • Suplidos médicos, tales como vendajes, antisépticos, lancetas y tirillas • Medicamentos provistos por farmacias fuera de Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE.UU., Estados Unidos y sus territorios, excepto para emergencias • Medicamentos para mejorar el desempeño atlético • Medicamentos que son experimentales o que están bajo investigación, a menos que no hayan sido aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Terapias hormonales para condiciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) Nota: Los medicamentos de venta libre y los medicamentos recetados apropiados aprobados por la FDA para tratar la dependencia del tabaco están cubiertos por las Clases y Programas Educativos para Dejar de Fumar en la Sección 5(a)	<i>Todos los cargos</i>
Los agentes de rescate de opioides, como la naloxona, están cubiertos por este Plan sin costo compartido cuando se obtienen de una farmacia [de la red] en cualquier forma de venta libre o con receta disponible, como aerosoles nasales e inyecciones intramusculares. Para obtener más información, consulte la guía de la FDA en: https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/access-naloxone-can-save-life-duringopioid-overdose o llame a la línea de ayuda nacional de SAMHSA 1-800-662-HELP (4357) o visite https://www.findtreatment.samhsa.gov/	En la red: Nada

Sección 5(g). Beneficios dentales

Factores importantes para considerar sobre estos beneficios:

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

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

Descripción de los Beneficios	Usted paga
Beneficios dentales (cont.)	Opción Ampliada
• Limpieza dental preventiva, adultos y niños, límite de una cada seis meses (D1110, D1120) • Tratamiento de flúor, uno cada seis meses para menores de 19 años de edad (D1208)	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
• Tratamiento de flúor, uno cada seis meses para asegurados mayores de 19 años de edad (D1208) • Radiografías panorámicas, hasta 1 grupo cada 3 años (D0330)	En la red: 30% Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Restauraciones • Restauraciones en amalgama (D2140-2161) • Plástico, porcelana o resina, en dientes anteriores y posteriores (D2330-2335, D2391, D2392-D2394) • Otros servicios de restauración, un anclaje por diente, además de las restauraciones (D2951) • Relleno sedante (D2940)	En la red: 30% Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Servicios generales auxiliares • Aplicación de medicamentos desensibilizantes (D9910) • Tratamiento por complicaciones, post cirugía, circunstancias inusuales, por informe (D9930)	En la red: 30% Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Endodoncia • Recubrimiento pulpar directo, excluye restauración final (D3110) • Recubrimiento pulpar indirecto, excluye restauración final (D3120) • Desbridamiento pulpar en dientes primarios y permanentes en casos de emergencia (D3221)	En la red: 30% Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
Cirugía Oral • Extracciones (D7140) • Extracción quirúrgica de dientes rotos (D7210) • Extracción quirúrgica de restos radiculares (D7250) • Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intrabucal (D7510) • Extracción quirúrgica de dientes impactados (D7220-D7240)	En la red: 30% Fuera de la red: 10% de los cargos permitidos, luego de cualquier copago o coaseguro aplicable más cualquier diferencia entre nuestra aportación y la cantidad facturada
<i>No se cubren:</i> Otros servicios dentales no mencionados como cubiertos.	<i>Todos los cargos</i>

Sección 5(h). Bienestar y otros beneficios especiales

Beneficio	Descripción
Opción de beneficios flexibles	Bajo la opción de beneficios flexibles, nosotros determinamos la manera más efectiva de proveer los servicios. - Nosotros podríamos identificar alternativas médicamente adecuadas como una opción menos costosa que los beneficios bajo contrato regular. Si identificamos una alternativa menos costosa, le solicitaremos que firme un acuerdo de beneficios alternativos que incluirá los siguientes términos, en adición a otras disposiciones, según sean necesarias. Los beneficios regulares del contrato continuarán hasta que usted firme y devuelva el acuerdo. - Los beneficios alternativos estarán disponibles por un período de tiempo limitado y estarán sujetos a nuestra evaluación constante. Usted debe cooperar con el proceso de evaluación. - Nuestra aprobación de un beneficio alternativo no garantiza que el mismo esté disponible para usted en el futuro. - La decisión de ofrecer un beneficio alternativo es únicamente nuestra y, salvo que se disponga expresamente en el acuerdo, podremos eliminarlo en cualquier momento y continuar con los beneficios regulares del contrato. - Si usted firma el acuerdo, proporcionaremos los beneficios alternativos acordados por el período de tiempo establecido (a menos que cambien las circunstancias). Usted puede solicitar una extensión del período de tiempo, pero los beneficios regulares continuarán de no aprobarse su solicitud. - Nuestra decisión de ofrecer o eliminar los beneficios alternativos no está sujeta a revisión por la OPM bajo el proceso reclamaciones en disputa. Sin embargo, si al tomar una decisión sobre los beneficios alternativos también decidimos que los beneficios regulares del contrato no se pagarán, usted podrá disputar nuestra decisión sobre los beneficios regulares del contrato bajo el proceso de disputa de reclamaciones de la OPM (Ver Sección 8).
Centro de llamadas disponible 24 horas al día, 7 días a la semana	Teleconsulta ofrece a los asegurados acceso rápido al asesoramiento de enfermeras profesionales para ayudarles a decidir si deben acudir inmediatamente a una sala de emergencias, visitar o llamar a su médico o seguir las instrucciones de cuidado propio para sentirse mejor. Las enfermeras usan algoritmos científicamente comprobados y desarrollados por médicos de todas las especialidades para formular una recomendación para el asegurado. Llámenos al 800-255-4375, libre de costo. Con gusto le ayudaremos.
Programa BlueCard®	Triple-S Salud, Inc. es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Al igual que en otros planes Blue Cross and Blue Shield, Triple-S Salud, Inc. participa en un programa llamado BlueCard Program. Este programa es de beneficio para los asegurados que reciban servicios cubiertos precertificados o de emergencia fuera del área de servicio de Triple-S Salud, Inc., a través de proveedores del plan. Cuando los servicios se reciben fuera del área y las reclamaciones para dichos servicios se procesan a través del Programa BlueCard, la cantidad (coaseguro, copago o deducible) a pagar por estos servicios se determinará con base en los acuerdos como un estimado equivalente entre los planes Blue Cross o Blue Shield del área con sus proveedores participantes. La tarifa negociada podría ser un descuento a los cargos facturados equivalente a un promedio de los ahorros que el plan Blue Cross o Blue Shield del área espera recibir de todos o de un grupo específico de sus proveedores participantes. El Programa BlueCard está disponible para todos los asegurados bajo un plan de Blue Cross and Blue Shield Association. Si usted necesita servicios médicos o de hospitalización precertificados o de emergencia en cualquier estado fuera del área de servicio, podrá recibirlos a través de los proveedores de este Programa. Llame al 800-810-2583 o al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 866-215-1999) desde Islas Vírgenes de EE.UU. para obtener más información. Recuerde que usted es responsable de pagar los copagos y coaseguros aplicables relacionados con su cuidado fuera del área de servicio, según los términos de su cubierta.

BlueCard Worldwide	BlueCard Worldwide está disponible para todos los asegurados en un plan de Blue Cross and Blue Shield Association. Si necesita servicios de emergencia médicos u hospitalarios fuera de nuestra área de servicio o de Estados Unidos, podrá recibirlos a través de los proveedores del plan local que pertenezcan a este Programa en otros países. Llame al 800-810-2583 para más información.
Centros de excelencia para trasplantes/cirugía del corazón/etc.	Le ofrecemos el beneficio de los centros para trasplante Blue Distinction Centers for Transplants (BDCT), una colaboración entre los planes Blue Cross y/o Blue Shield, Blue Shield Association e instituciones participantes para facilitar la provisión de cuidado de calidad de manera costo-efectiva en instituciones principales para seis tipos de trasplante: corazón, pulmón sencillo o bilateral, combinación corazón-pulmón bilateral, hígado, combinación simultánea de páncreas y riñón, y médula ósea/células madre (autólogo / alogénico). Llame al 800-981-4860 o al 787-749-4949, extensiones 4361 o 4312, para obtener más información.
Telexpreso	Sistema automático de respuesta de voz interactiva que permite a los asegurados acceder información y hacer transacciones sin la intervención directa de un Representante de Servicio al Cliente. En este sistema, el asegurado puede verificar sus beneficios, solicitar duplicados de tarjetas y verificar el estatus de una reclamación, entre otros servicios. Llámenos al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o 888-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU..
Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP, por sus siglas en inglés)	Ofrecemos un programa de manejo de terapia de medicamentos sin costo alguno a los asegurados que tengan varias condiciones médicas, que estén tomando muchos medicamentos y que tengan gastos de farmacia elevados. Un equipo de médicos y farmacéuticos diseñó este programa para nosotros. Nosotros utilizamos este programa de manejo de terapia de medicamentos como ayuda para proveer una mejor cubierta para nuestros asegurados. Por ejemplo, este programa nos ayuda a garantizar que nuestros asegurados estén usando los medicamentos apropiados para tratar sus condiciones médicas y a identificar posibles errores en los medicamentos. Podremos contactar a los asegurados que cualifiquen para este programa. Si le contactamos, esperamos que se una para poder ayudarle a manejar sus medicamentos. Recuerde, no necesita pagar nada adicional para participar. Si le seleccionamos para que participe en el programa de manejo de terapia de medicamentos, le enviaremos información sobre el programa e instrucciones para accederlo.
Herramienta para la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés)	Hemos desarrollado una herramienta para evaluar riesgos a la salud (HRA, por sus siglas en inglés) que analiza sus estilos de vida, factores de riesgo y condiciones existentes, entre otras. Esta herramienta nos ayudará a tener un perfil detallado de nuestra población asegurada y determinar a dónde dirigir nuestros esfuerzos de educación de salud y prevención. La HRA también ayudará a los asegurados a hacer su propia evaluación de salud para saber su estatus en términos de su cumplimiento con los exámenes preventivos y los cambios que deben hacer, y a ganar mayor conciencia para evitar problemas de salud en el futuro. Luego de completar su evaluación HRA, recibirá un kit de ejercicios que incluye una mochila con una botella de agua, un podómetro, muñequera y una cuica. Regístrese hoy en nuestra página web www.ssspr.com . ¡Manténgase activo, manténgase saludable!

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

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

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

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

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

Qué está cubierto

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

Precertificación

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

Qué no está cubierto

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

Beneficios fuera del PSHB disponibles para los asegurados

Los beneficios en esta página no son parte del contrato o prima PSHB, usted no puede presentar una reclamación a la PSHB por ellos y no están disponibles para los residentes de Islas Vírgenes de EE. UU. Las tarifas que usted paga por estos servicios no cuentan hacia los deducibles de PSHB o el límite de gastos de su bolsillo de su cubierta catastrófica. Estos programas y materiales son responsabilidad del plan y toda apelación debe seguir sus directrices. Para más información, comuníquese con el plan al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) o visite la página web www.ssspr.com.

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

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

Cualquiera de nuestros productos le permitirá disfrutar de:

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

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

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

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

Nosotros no cubrimos lo siguiente:

- Servicios, medicamentos o suplidos que reciba mientras no está suscrito en este plan;
- Servicios, medicamentos o suplidos que no son médicamente necesarios;
- Servicios, medicamentos o suplidos no necesarios de acuerdo con los estándares aceptados de práctica médica, dental o psiquiátrica;
- Procedimientos, tratamientos, medicamentos y/o dispositivos experimentales o investigativos (ver los detalles sobre trasplantes);
- Costos por cuidados adicionales o de investigación en estudios clínicos;
- Servicios, medicamentos o suplidos relacionados con abortos, salvo cuando la vida de la madre está en peligro si lleva el feto a término o si el embarazo es resultado de una violación o incesto;
- Servicios, medicamentos o suplidos que reciba de un proveedor o instalación excluido del programa PSHB;
- Exámenes físicos requeridos para obtener o mantener un trabajo o seguro, asistir a la escuela o campamento, o viajar;
- Pruebas de detección de drogas para fines de empleo;
- Servicios, medicamentos o suplidos que usted reciba gratis mientras está en servicio militar activo;
- Servicios o suplidos que tenemos prohibido cubrir bajo la Ley Federal; y
- Todo servicio relacionado con terapia antienvjecimiento o estética.

Sección 7. Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos

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

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

Beneficios médicos, hospitalarios y de medicamentos

En la mayoría de los casos, los proveedores y las instalaciones envían la reclamación por usted. Los médicos deben usar el formulario CMS 1500 - Health Insurance Claim Form (formulario de reclamación al seguro de salud). Las instalaciones deberán utilizar el formulario UB-04. Para preguntas o ayuda con una reclamación, llámenos al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) si llama desde Islas Vírgenes de EE.UU., o visite nuestra página web, www.ssspr.com.

Si debe presentar una reclamación (por ejemplo, al recibir servicios fuera del área de servicio), envíela en el formulario CMS 1500 o un formulario de reclamación que contenga la siguiente información. Se deben detallar todos los recibos y facturas con la siguiente información:

- El nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de identificación del asegurado cubierto;
- Nombre y dirección del médico o la facilidad que prestó el servicio o los suplidos;
- Fechas en que recibió los servicios o suplidos;
- Diagnóstico
- Tipo de cada servicio o suplido;
- El cargo por cada servicio o suplido;
- Copia de la explicación de beneficios, pagos, o denegación de cualquier pagador primario –tal como el Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés)
- Recibos, si ya pagó por sus servicios

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

Envíe sus reclamaciones a:

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

Medicamentos Recetados

- Para medicamentos recetados, también incluya:
 - Nombre del medicamento recetado;
 - Dosis diaria;
 - Número de receta;
 - Abastecimiento despachado; y
 - Código Nacional de Medicamento (NDC, por sus siglas en inglés)

Envíe sus reclamaciones a:

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

Otros suplidos o servicios

Envíe sus reclamaciones a:

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

Fecha límite para enviar su reclamación

Envíe todos los documentos para su reclamación lo antes posible. Debe enviar su reclamación en o antes del 31 de diciembre del año siguiente al año que recibió el servicio, salvo que esto haya sido imposible por acciones administrativas del gobierno o por incapacidad legal, siempre y cuando la reclamación se haya enviado tan pronto fuera razonablemente posible.

Procedimientos para reclamaciones post-servicio

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

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

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

Representante autorizado

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

Requisitos de notificación

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

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

Sección 8. Proceso de apelación sobre reclamaciones

Usted puede apelar directamente con la Oficina de Administración de Personal (OPM) si no seguimos los procesos de reclamación requeridos. Para más información sobre los casos en los que tiene derecho de apelar inmediatamente a la OPM, e incluso requisitos adicionales que no se listan en las Secciones 3, 7 y 8 de este folleto, por favor llame al representante de servicio al cliente de su plan al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de suscripción o en el folleto o la página web de su plan. Si usted es un retirado del Servicio Postal, o su miembro de la familia cubierto que es elegible para Medicare, inscrito en nuestro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D (PDP) del Plan del Grupo de Exención del Empleador (EGWP), y no estás de acuerdo con nuestra decisión sobre los beneficios de tus medicamentos recetados, ya sea antes de recibir el servicio o después de haberlo recibido, por favor, sigue el proceso de apelación de Medicare que se describe en la Sección 8a. Proceso de Reclamos Disputados del PDP EGWP de Medicare.

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

Recordatorio: Si usted es un retirado del Servicio Postal, o su miembro de la familia cubierto que es elegible para Medicare, inscrito en nuestro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D (PDP) del Plan del Grupo de Exención del Empleador (EGWP), puedes apelar una determinación adversa, ya sea antes de recibir el servicio o después de haberlo recibido, a través del proceso de apelación de Medicare. Consulta la Sección 8(a).

Para ayudarle a preparar su apelación, puede coordinar con nosotros para revisar y copiar, sin costo alguno, todo el material y los documentos del plan relevantes que tengamos en nuestro haber y que guarden relación con su reclamación, incluso aquellos que involucren revisión pericial de su reclamación. Para realizar su petición, escriba a nuestro departamento de Servicio al Cliente a Triple-S Salud, Inc., 1441 Avenida Roosevelt San Juan, Puerto Rico 00920, o llame al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU..

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

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

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

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

Paso	Descripción
1	Solicite por escrito que reconsideremos la decisión inicial. Usted debe: a) Escribirnos dentro de 6 meses a partir de la fecha de nuestra decisión; y b) Enviarnos su solicitud a: Triple-S Salud, Inc., Departamento de Querellas y Apelaciones, PO Box 11320, San Juan, Puerto Rico 00922-9905; e c) Incluir una explicación de por qué entiende que la decisión inicial fue incorrecta, con base en disposiciones específicas de este folleto; e d) Incluir copias de los documentos que apoyen su reclamación, tales como cartas de sus médicos, informes de operaciones, facturas, expedientes médicos y explicaciones de beneficios (EOB). e) Incluya su dirección de correo electrónico (opcional) si desea recibir nuestra contestación por correo electrónico. Tenga en cuenta que si nos proporciona su correo electrónico, podríamos enviarle nuestra decisión

	más rápido. Le facilitaremos, libre de cargo y dentro de un tiempo razonable, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, utilizada o generada por nosotros o por dirección nuestra en conexión con su reclamación y cualquier justificación nueva para nuestra decisión sobre la reclamación. Le proveeremos esta información con suficiente antelación a la fecha en que se nos requiere que le proveamos nuestra decisión de reconsideración, para permitirle suficiente tiempo para respondernos antes de esa fecha. Sin embargo, si no le facilitamos la nueva evidencia o justificación con suficiente tiempo para que usted responda a tiempo, esto no invalidará nuestra decisión de reconsideración. Usted podrá responder a esa nueva evidencia o justificación en la etapa de evaluación de la OPM que se describe en el paso 4.
2	En el caso de reclamaciones post-servicio, tenemos hasta 30 días desde la fecha en que recibimos su solicitud para: a) Pagar la reclamación o b) Escribirle para confirmar nuestra denegación o c) Solicitar más información de usted o su proveedor Usted o su proveedor debe enviar la información para que la recibamos dentro de 60 días a partir de nuestra solicitud. Entonces, tomaremos una decisión dentro de 30 días más. Si no recibimos la información dentro de 60 días, tomaremos nuestra decisión dentro de 30 días a partir de la fecha límite para la entrega de información. Nuestra decisión se basará en la información que ya tenemos. Nosotros le enviaremos nuestra decisión por escrito.
3	Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar que la OPM la revise. Debe escribirle a la OPM, en inglés, dentro de: • 90 días a partir de la fecha de nuestra carta confirmando nuestra decisión inicial; o • 120 días luego de su primera carta a nosotros, si no le contestamos de manera alguna al cabo de 30 días; o • 120 días después de solicitarle información adicional. Escribale a la OPM a: United States Office of Personnel Management, Healthcare and Insurance, Federal Employee Insurance Operations, FEHB 2, 1900 E Street, NW, Washington, DC 20415-3620. Envíe la siguiente información en inglés a la OPM: • Una explicación de por qué entiende que nuestra decisión fue incorrecta, con base en disposiciones específicas de este folleto; • Copias de los documentos que apoyen su reclamación, tales como cartas de sus médicos, informes de operaciones, facturas, expedientes médicos y explicaciones de beneficios (EOB). • Copias de todas las cartas que nos envió sobre la reclamación; • Copias de todas las cartas que nosotros le enviamos sobre la reclamación; y • Su número de teléfono diurno y la mejor hora para llamarle. • Su dirección de correo electrónico, si desea recibir la decisión de la OPM por correo electrónico. Tenga en cuenta que al proveer su correo electrónico, podría recibir la decisión de la OPM más rápido. Nota: Si desea que la OPM revise más de una reclamación, debe identificar claramente cuáles documentos aplican a cada reclamación. Nota: Usted es la única persona que tiene derecho de presentar una reclamación ante la OPM. Las partes que actúen como su representante, tal como los proveedores de salud, deben incluir copia de su autorización explícita por escrito con la solicitud de revisión. Sin embargo, para reclamaciones de cuidado urgente, un profesional de la salud que conozca su condición médica podrá actuar como su representante autorizado sin su consentimiento expreso. Nota: Las fechas límites arriba indicadas pueden extenderse si usted no pudo cumplir con la fecha límite por razones fuera de su control.

4	OPM revisará la reclamación disputada y utilizará la información que obtenga de usted y de nosotros para decidir si nuestra decisión es correcta. La OPM le enviará la decisión final o notificarle del estado dentro de 60 días. No existen otros remedios administrativos de apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de la OPM, su único recurso es presentar una demanda en corte. Si decide demandar, debe presentar la demanda contra la OPM en la corte federal no más tarde del 31 de diciembre del tercer año después del año en que recibió los servicios, medicamentos o suplidos en disputa, o del año en que se le denegó una precertificación o preautorización. Esta es la única fecha límite que no se puede extender. OPM podrá divulgar la información obtenida durante el proceso de revisión para justificar su decisión sobre la reclamación. Esta información se convertirá en parte del expediente en corte. Usted no podrá demandar hasta que se complete el proceso de disputa de reclamaciones. Además, las leyes federales rigen su caso, sus beneficios y los pagos de estos. La corte federal basará su revisión en el expediente utilizado por la OPM cuando esta decidió mantener o revocar nuestra decisión. Lo único que puede recobrar es la cantidad de los beneficios en disputa.
---	---

NOTA: Si usted tiene una condición grave o potencialmente mortal (que pueda causar la pérdida permanente de alguna función corporal o la muerte si no se trata lo antes posible), y usted no indicó que su reclamación era para cuidado urgente, llámenos al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-833-201-9256 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.. Haremos una revisión expedita (si aún no hemos respondido a su reclamación); o informaremos a la OPM para que ellos hagan una revisión acelerada de su apelación de reclamación. Puede llamar a PSIO de la OPM al 202-6936-0002, de 8 a.m. a 5 p.m. horario del este.

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

Recordatorio: Si eres un beneficiario de pensión del Servicio Postal, o su miembro de la familia cubierto que es elegible para Medicare, inscrito en nuestro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D (PDP) del Plan del Grupo de Exención del Empleador (EGWP), puedes apelar una determinación adversa, ya sea antes de recibir el servicio o después de haberlo recibido, a través del proceso de apelación de Medicare. Consulta la Sección 8(a)..

Sección 8. Proceso de apelación sobre reclamaciones de Medicare PDP EGWP

Cuando un reclamo es denegado total o parcialmente, usted puede apelar la denegación. Nuestro plan sigue el proceso de apelaciones de la Parte D de Medicare.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con esta decisión?

Tienes el derecho de pedir una revisión independiente (apelación) de nuestra decisión. Si su caso involucra una solicitud de excepción y su médico u otro proveedor de servicios de salud no ha enviado ya una declaración apoyando su solicitud, su médico u otro proveedor debe enviar una declaración que apoye su solicitud de excepción. Debes adjuntar una copia de esta declaración a su solicitud de apelación.

Servicio Postal de los Estados Unidos (USPS): Para correo enviado por mensajería como FedEx o UPS

C2C Innovative Solutions, Inc.
P.O. Box 44166
Jacksonville, FL 32231-4166

C2C Innovative Solutions, Inc.
301 W. Bay St. Suite 1110
Jacksonville, FL 32202

Para apelaciones estándar: (833) 710-0580

Para apelaciones aceleradas: (833) 710-0579 Teléfono: (833)919-0198

Dirección del portal QIC de la Parte D: <https://www.c2cinc.com/Appellant-Signup>

¿Quién puede solicitar una apelación?

Usted, su médico, o alguien que usted autorice para que actúe en tu nombre (tu representante) puede pedir la apelación. Si alguien más está pidiendo la apelación por ti, debe enviar una prueba de su derecho para representarte junto con el formulario de solicitud. La prueba puede ser un poder notarial, una orden judicial o un formulario de "Nombramiento de Representante". Si la persona que apela es tu médico o está autorizada por la ley estatal para actuar en tu nombre, no es necesario el formulario de "Nombramiento de Representante".

Existen dos tipos de apelaciones. Puedes solicitar:

Apelación urgente (72 horas)

Puedes solicitar una apelación urgente (rápida) en casos que involucren cobertura, si usted o su médico creen que su salud podría verse gravemente afectada si tienes que esperar hasta 7 días para recibir una decisión. Si se aprueba su solicitud para acelerar la apelación, el revisor independiente debe darte una decisión a más tardar 72 horas después de recibir su apelación (este plazo puede extenderse en circunstancias limitadas).

- Si el médico que recetó el medicamento(s) solicita una apelación urgente por usted, o le apoya en la solicitud, y el médico indica que esperar hasta 7 días podría perjudicar seriamente su salud, el revisor independiente acelerará automáticamente la apelación.
- Si solicita una apelación urgente sin el apoyo de un médico, el revisor independiente decidirá si su salud requiere una apelación urgente. Si no se aprueba la apelación urgente, su apelación será decidida dentro de los 7 días.
- Su apelación no será acelerada si ya has recibido el medicamento por el cual estás apelando.

Apelación estándar (7 días)

Puedes solicitar una apelación estándar para un caso que involucre cobertura o pago. El revisor independiente debe darte una decisión a más tardar 7 días después de recibir tu apelación (este plazo puede extenderse en circunstancias limitadas).

Cuándo el Revisor Independiente Puede Extender el Plazo para Tomar una Decisión

El plazo puede extenderse si su caso involucra una solicitud de excepción y no hemos recibido la declaración de su médico u otro proveedor que apoye la solicitud. También se puede extender el plazo si la persona que actúa en su nombre presenta una solicitud de apelación, pero no presenta la documentación adecuada que lo autorice a representarte. En ambos casos, el revisor independiente puede suspender (o detener el conteo del tiempo) por hasta 14 días para obtener esta información.

Puedes llamarnos al: 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU. para saber cómo nombrar a tu representante.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Para más información sobre sus derechos de apelación, llámenos o consulte su *Evidencia de Cobertura*.

Si su apelación está relacionada con una decisión nuestra de negar un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) o si estás solicitando una excepción para una autorización previa (PA) u otro requisito de manejo de utilización (UM), tu médico que te recetó el medicamento u otro prescriptor debe presentar una declaración con su solicitud de apelación indicando que todos los medicamentos en cualquier nivel de nuestro formulario (o el requisito de PA/UM) no serían tan efectivos para tratar tu condición como el medicamento solicitado, o que podrían dañar tu salud.

¿Cómo solicito una apelación?

Tú, tu médico o tu representante deben enviar por correo o fax tu solicitud de apelación por escrito a:

Correo por servicio postal (USPS):

C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
P.O. Box 44166
Jacksonville, FL 32231 – 4166

UPS / FedEx SOLO:

C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
301 W. Bay St., Suite 1110
Jacksonville, FL 32202

Números de Fax:

Apelaciones estándar: (833) 710-0580

Apelaciones urgentes: (833) 710-0579

Portal de Apelaciones QIC: <https://www.c2cinc.com/Appellant-Signup>

¿Qué sucede después?

Si apelaste, el revisor independiente revisará su caso y le dará una decisión. Si algunos de los medicamentos que solicitaste aún son denegados, puedes apelar a un juez administrativo (ALJ) si el valor de tu apelación es al menos \$130. Si no estás de acuerdo con la decisión del ALJ, tendrás el derecho de apelar nuevamente. Se le notificará sobre tus derechos de apelación si esto sucede.

Información de Contacto:

Si necesitas información o ayuda, llámenos al:

Llamada gratis: 787-474-5219 desde Puerto Rico o al 833-201-9256 desde las Islas Vírgenes de EE. UU.
TTY/TDD: 787-792-1370 desde Puerto Rico o al 866-215-1999 desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

Otros Recursos para Ayudarte:

Centro de Derechos de Medicare

Llamada gratis: 1-888-HMO-9050 (1-888-466-9050)

Localizador de Cuidado para Ancianos

Llamada gratis: 1-800-677-1116

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Sección 9. Coordinación de beneficios con Medicare y otras cubiertas

Cuando tiene otra cubierta de salud

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

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

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

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

TRICARE y CHAMPVA

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

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

Compensación laboral

Nosotros no cubrimos servicios que:

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

Luego de que la OWCP o agencia comparable pague el máximo de beneficios por su tratamiento, nosotros cubriremos su cuidado. Usted deberá usar nuestros proveedores.

Medicaid

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

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

Cuando otras agencias gubernamentales son responsables de su cuidado

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

Cuando otros son responsables de sus lesiones

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

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

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

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

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

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

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

Estudios de investigación clínica

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

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

- Gastos por cuidado rutinario: gastos de servicios rutinarios, como consultas a médicos, pruebas de laboratorio, rayos X, tomografías y hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la condición del paciente, ya sea si el paciente participa en un estudio de investigación clínica cubierto o recibe terapia estándar. Esos gastos están cubiertos por este plan.
- Gastos por cuidados adicionales: gastos relacionados con su participación en un estudio de investigación clínica, tales como pruebas adicionales que el paciente necesite como parte del estudio, pero no como parte de su cuidado rutinario. Este plan no cubre esos gastos.

- Gastos de investigación: gastos relacionados con la realización del estudio de investigación clínica, como el tiempo dedicado de médicos y enfermeros, análisis de resultados y pruebas clínicas realizadas solo para propósitos de investigación. Por lo general, esos gastos están cubiertos por los estudios de investigación clínica. Este plan no cubre esos gastos.

Cuando usted tiene Medicare

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

• El plan original de Medicare (Parte A o Parte B)

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

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

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

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

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

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

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

- Servicios y suplidos médicos provistos por médicos y otros profesionales de la salud.
- Tirillas y lancetas para asegurados diagnosticados con diabetes de tipo 1 y 2 que estén registrados en Medicare Parte A y Parte B. Medicare será el pagador primario, y nosotros eximiremos el deducible y coaseguro de Medicare.

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

Descripción del Beneficio: Deducible

Costo para asegurados sin Medicare: \$0

Costo para asegurados con parte B de Medicare: \$0

Descripción del Beneficio: Desembolso Máximo

Costo para asegurados sin Medicare: \$6,600 Individual solamente \$13,200 Pareja y Familia

Costo para asegurados con parte B de Medicare: \$6,600 Individual solamente \$13,200 Pareja y Familia

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

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

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

Descripción del Beneficio: Farmacia

Costo para asegurados sin Medicare:

Nivel 1: Medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición
Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos, \$20 por unidad o repetición
Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$20, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$12 por unidad o repetición
Nivel 4: Medicamentos especializados / biotecnológicos preferidos, 25% o \$200, lo que sea menor, por unidad o repetición
Nivel 5: Medicamentos especializados / biotecnológicos no preferidos, 30% o \$300, lo que sea menor, por unidad o repetición

Costo para asegurados con parte B de Medicare:

Nivel 1: Medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición
Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos, \$20 por unidad o repetición
Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$20, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$125 por unidad o repetición
Nivel 4: Medicamentos especializados / biotecnológicos preferidos, 25% o \$200, lo que sea menor, por unidad o repetición
Nivel 5: Medicamentos especializados / biotecnológicos no preferidos, 30% o \$300, lo que sea menor, por unidad o repetición

Descripción del Beneficio: Farmacia-Medicamentos por correo (abastecimiento de 90 días)

Costo para asegurados sin Medicare:

Nivel 1: Medicamentos genéricos, \$4 por unidad o repetición
Nivel 2: Medicamento de marca preferido, \$40 por unidad o repetición
Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$60, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$375 por unidad o repetición

Costo para asegurados con parte B de Medicare:

Nivel 1: Medicamentos genéricos, \$4 por unidad o repetición
Nivel 2: Medicamento de marca preferido, \$40 por unidad o repetición
Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$60, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$375 por unidad o repetición

- **Infórmenos sobre su cubierta de Medicare**

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

- **Medicare Advantage (Parte C)**

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

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

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

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

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

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

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

Aquí tienes la traducción al español:

Nota: Si usted es un retirado del Servicio Postal o su miembro de la familia cubierto que es elegible para Medicare e inscrito en nuestro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D (PDP) del Plan del Grupo de Exención del Empleador (EGWP), esto no aplica para ti porque no puedes estar inscrito en más de un plan de Medicare Parte D al mismo tiempo. Si decides optar por salir de o darte de baja de nuestro PDP EGWP, no tendrás la cobertura de medicamentos recetados del Programa **PSHB** y no seremos un pagador secundario para los beneficios de medicamentos recetados.

Medicare Prescription Drug Plan (PDP) Drug Plan Employer Group Waiver Plan (EGWP)

Si usted esta inscrito en Medicare Parte A y/o Parte B, y no estás inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (MAPD), serás inscrito automáticamente en nuestro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D (PDP) del Plan del Grupo de Exención del Empleador (EGWP). Nuestro PDP EGWP es un beneficio de medicamentos recetados para los beneficiarios de pensión del Servicio Postal y sus miembros de la familia cubiertos que son elegibles para Medicare. Esto le permite recibir beneficios que nunca serán menores que la cobertura estándar de medicamentos recetados disponible para los miembros con cobertura de medicamentos recetados de un EGWP no PDP. Pero, con mayor frecuencia, recibirás beneficios que son mejores que los de los miembros con cobertura estándar de medicamentos recetados de un EGWP no PDP.

Nota: Tienes la opción de optar por salir de o darte de baja de nuestro PDP EGWP en cualquier momento y puedes obtener cobertura de medicamentos recetados fuera del Programa PSHB.

Cuando estés inscrito en nuestro PDP EGWP para tus beneficios de medicamentos recetados, seguirás teniendo nuestra cobertura médica.

Los miembros con ingresos más altos pueden tener un pago de prima separado para su beneficio del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D (PDP). Consulta la sección **Part D-IRMAA** del sitio web de Medicare: <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans> para ver si estarías sujeto a una prima adicional.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, **Extra Help** es un programa de Medicare que ayuda con los costos del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La información sobre este programa está disponible a través de la Administración del Seguro Social (SSA) en línea en www.ssa.gov, o llama al SSA al 800-772-1213 TTY 800-325-0778. También puedes comunicarte con nosotros al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

Proceso de exclusión del PDP EGWP: Si usted fue inscrito automáticamente en nuestro PDP EGWP, tienes la opción de optar por salir de esta inscripción en cualquier momento. Para obtener más información sobre cómo optar por salir, contáctanos al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

Proceso de baja del PDP EGWP: Cuando estés inscrito en nuestro PDP EGWP, puedes optar por darte de baja en cualquier momento. Contáctanos al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

Advertencia: Si usted decide optar por salir o darte de baja de nuestro PDP EGWP, no tendrás cobertura de medicamentos recetados del Programa PSHB.

Nota: Si usted elige optar por salir o darte de baja de nuestro PDP EGWP, su prima no se reducirá, y es posible que debas esperar para volver a inscribirte cuando seas elegible. Si no mantienes una cobertura acreditable, la reinscripción en nuestro PDP EGWP podría estar sujeta a una penalización por inscripción tardía. Contáctanos para obtener ayuda al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 833-201-9256 (TTY: 866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.

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

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

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

Sección 10. Definiciones de términos que utilizamos en este folleto

Asignación de beneficios	Una autorización suya (el afiliado o familiar cubierto) aprobada por nosotros (el Asegurador), para que emitamos el pago de beneficios directamente al proveedor. Nos reservamos el derecho de pagarle directamente por todos los servicios cubiertos. Usted no puede asignar los beneficios pagaderos en virtud del contrato a ninguna persona sin nuestra aprobación expresa por escrito y, en ausencia de dicha aprobación, cualquier cesión será nula. Su consentimiento específico por escrito para que un representante autorizado designado actúe en su nombre para solicitar la reconsideración de una decisión sobre un reclamo (o, para un reclamo de atención de urgencia, para que un representante actúe en su nombre sin designación) no constituye una Cesión. El contrato de OPM con nosotros, basado en estatutos y regulaciones federales, le otorga el derecho a solicitar una revisión judicial de la acción final de OPM sobre la denegación de un reclamo de beneficios de salud, pero no le otorga autoridad para asignar su derecho a presentar dicha demanda a cualquier otra persona o entidad. Cualquier acuerdo que celebre con otra persona o entidad (como un proveedor u otro individuo o entidad) que autorice a esa persona o entidad a entablar una demanda contra OPM, ya sea que actúe o no en su nombre, no constituye una Cesión, no es una autorización válida bajo este contrato, y es nula.
Año calendario	Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para los asegurados nuevos, el año calendario comienza en la fecha de efectividad de su suscripción y termina el 31 de diciembre del mismo año.
Aportación del plan	La cantidad que usamos para determinar nuestros pagos y su coaseguro por servicios cubiertos. Los planes determinan sus aportaciones de distintas formas. Nosotros determinamos nuestra aportación de la siguiente manera: la aportación del plan en nuestra área de servicio (Puerto Rico e Islas Vírgenes de EE.UU.) es el listado de tarifas por beneficios, esto es, las tarifas que los proveedores del plan han acordado aceptar como pago total por sus servicios. La aportación del plan fuera del área de servicio es el cargo usual, acostumbrado y razonable.
Categorías de gastos en estudios de investigación clínica	Una investigación clínica aprobada incluye una investigación de fase I, fase II, fase III o fase IV que se realiza en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición mortal, y que está financiada por el gobierno federal; realizada una como parte de una petición de investigación para un nuevo medicamento evaluado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); o es un estudio clínico exento del requisito de la petición de investigación para nuevos medicamentos. Si usted participa en un estudio de investigación clínica, este plan le proveerá los siguientes servicios de cuidado, si no son provistos por el estudio: • Gastos por cuidado rutinario – gastos de servicios rutinarios como visitas a médicos, pruebas de laboratorio, rayos X, tomografías y hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la condición del paciente, si el paciente participa en un estudio o recibe terapia estándar. • Gastos por cuidados adicionales – gastos relacionados su participación en un estudio de investigación clínica, tales como pruebas adicionales que el paciente necesite como parte del estudio, pero no como parte de su cuidado rutinario. Gastos de investigación – gastos relacionados con la realización del estudio de investigación clínica, como el tiempo dedicado de médicos y enfermeras, análisis de resultados y pruebas clínicas realizadas solo para propósitos de investigación. Por lo general, esos gastos están cubiertos por los estudios clínicos. Este plan no cubre esos gastos.
Coaseguro	Vea Sección 4 de la página 24.

Copago	Vea Sección 4 de la página 24.
Costo compartido	Vea Sección 4 de la página 24.
Servicios cubiertos	Servicios para los que proporcionamos beneficios, como se describe en este folleto.
Cuidado de custodia	Tratamiento o servicios, sin importar quién los recomiende o dónde se proporcionen, que se puedan prestar de manera segura y razonable por alguien que no posea conocimientos médicos; o que estén diseñados principalmente para ayudar al paciente con sus actividades cotidianas. El cuidado de custodia que dura más de 90 días usualmente se conoce como Cuidado a Largo Plazo. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a: • cuidado personal, tal como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, comer con cuchara, por tubo o gastrostomía, ejercitarse, vestirse • tareas domésticas, tales como preparar alimentos o dietas especiales; • mover al paciente; • servir de cuidador o acompañante; • supervisión de medicamentos que por lo general pueden autoadministrarse; o • tratamientos o servicios que cualquiera pueda ofrecer con instrucciones mínimas, lo cual incluye sin limitarse a tomar la temperatura, el pulso y la respiración, o administrar y monitorear sistemas de alimentación.
Factura sorpresa	Una factura inesperada que recibe por: • atención de emergencia: cuando tiene poca o ninguna influencia en el centro o proveedor del que recibe atención, o por • servicios que no son de emergencia proporcionados por proveedores no participantes con respecto a las visitas de pacientes a centros de atención médica participantes. o para • servicios de ambulancia aérea proporcionados por proveedores de servicios de ambulancia aérea no participantes.
Servicios experimentales o investigativos	Este Plan toma en consideración los factores que considere más relevantes bajo las circunstancias, tales como informes y artículos en publicaciones de referencia médica, científica y de revisión por pares; o los protocolos escritos que usa el centro de tratamiento o que se usan en otro centro que estudie prácticamente el mismo medicamento, dispositivo o tratamiento médico. Este plan también toma en consideración la aprobación de las siguientes agencias federales y agencias gubernamentales como parte esencial del tratamiento de una enfermedad o lesión, pero sin limitarse a: Asociación Médica Americana, el Cirujano General de Estados Unidos, el Departamento de Salud Pública de Estados Unidos, la Administración de Alimentos y Medicamentos o los Institutos Nacionales de Salud.
Profesional del cuidado de la salud	Un médico u otro profesional del cuidado de la salud licenciado, acreditado o certificado para proveer ciertos servicios de salud conforme con la ley estatal.
Proveedor en la red / de la red / del plan	Los proveedores en la red, de la red o del plan son los médicos, grupos médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de cuidado de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier copago o coaseguro como pago completo. Hemos llegado a varios acuerdos con estos proveedores para que ellos puedan ofrecer servicios cubiertos por nuestro plan a nuestros asegurados.

Infertilidad	Triple-S Salud define la infertilidad como una enfermedad o condición caracterizada por la incapacidad de embarazar o concebir; la incapacidad de una persona para reproducirse ya sea como individuo o con su pareja durante un período de 12 meses o más (6 meses para miembros mayores de 35 años). Los casos de infertilidad se pueden determinar basándose en el historial médico, los hallazgos físicos o las pruebas de diagnóstico del paciente.
Necesidad médica	Servicios, medicamentos, suplidos o equipo provistos por un hospital o proveedor de servicios de salud cubierto, que el plan determine que: • son apropiados para diagnosticar o tratar una condición, enfermedad o lesión del paciente; • son consistentes con los estándares de buenas prácticas médicas en Estados Unidos; • no son primordialmente para la comodidad personal o conveniencia del paciente, la familia o el proveedor; • no son parte de ni están asociados a un programa de educación académica o adiestramiento vocacional del paciente; y • en el caso de pacientes hospitalizados, no se podrían proveer ambulatoriamente de manera segura El hecho que un proveedor participante haya recetado, recomendado o aprobado un servicio, suplido, medicamento o equipo no lo hace médicamente necesario.
Nosotros/Plan	Nosotros y plan se refiere a Triple-S Salud, Inc..
Medicare Part A	La Parte A ayuda a cubrir las estancias en hospitales, el cuidado en instalaciones de enfermería especializada, el cuidado de hospicio y algunos servicios de salud.
Medicare Part B	La Parte B cubre los servicios médicos necesarios, como los servicios de los médicos y pruebas, cuidado ambulatorio, servicios de salud a domicilio, equipo médico duradero y otros servicios médicos.
Medicare Part C	La Parte C es un plan de Medicare Advantage que combina la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare. Generalmente, la Parte C también cubre beneficios adicionales como servicios dentales, de visión y auditivos. Algunos planes de la Parte C también incluyen cobertura de la Parte D de Medicare.
Medicare Part D	Los planes de la Parte D de Medicare proporcionan cobertura para medicamentos recetados. Las aseguradoras privadas firman contratos con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anualmente para tener el derecho de ofrecer planes de la Parte D. La Parte D puede ofrecerse como un plan independiente de medicamentos recetados (PDP) o como parte de un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MAPD).
Medicare Part D EGWP	Un Plan de Exención de Grupo del Empleador de la Parte D de Medicare (EGWP, por sus siglas en inglés) es un tipo de plan de medicamentos recetados de Medicare que puede ser ofrecido a empleados y jubilados de ciertas empresas, sindicatos o agencias gubernamentales. Este plan ofrece flexibilidad y una cobertura mejorada de los beneficios tradicionales de farmacia de Medicare. Ejemplos de EGWP de la Parte D de Medicare incluyen los planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MAPD, por sus siglas en inglés), que incluyen tanto beneficios de salud como de medicamentos, así como los Planes de Medicamentos Recetados (PDP, por sus siglas en inglés) EGWP, que solo cubren los beneficios de medicamentos recetados.
Precertificación	Autorización previa de Triple-S Salud, Inc. para el pago de cualquiera de los beneficios y cubierta bajo esta póliza y sus endosos, en los casos en que Triple-S Salud, Inc. considere necesario. Algunos de los objetivos de la precertificación son: evaluar si el servicio es médicamente necesario, evaluar la idoneidad de la ubicación del servicio, verificar la elegibilidad del asegurado para el servicio solicitado y su disponibilidad en Puerto Rico. Las precertificaciones serán evaluadas basadas en las políticas de precertificación que Triple-S Salud, Inc. ha establecido a lo largo del tiempo. Triple-S Salud, Inc. no será responsable del pago de servicios que hayan sido prestados o recibidos sin dicha autorización de Triple-S Salud, Inc..

Procedimientos de reclamaciones post-servicio	Cualquier reclamación que no sea pre-servicio. En otras palabras, las reclamaciones post-servicio son aquellas para las que ya se ha provisto el servicio y las reclamaciones se nos envían para solicitar los beneficios.
Proveedores fuera de la red	Doctores, grupos de doctores u otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de cuidado de salud que no tienen un contrato activo con Triple-S Salud, Inc. para aceptar nuestro pago y cualquier copago o coaseguro como pago completo.
Reclamaciones para cuidado de urgencia	Una reclamación para cuidado o tratamiento médico es una reclamación urgente si esperar el tiempo límite regular para reclamaciones no urgentes podría tener uno de los siguientes impactos: • Esperar podría arriesgar su vida o su salud; • Esperar podría arriesgar su capacidad de recobrar la función máxima; o • En la opinión de un médico que conoce su condición salud, esperar le podría exponer a sufrir fuertes dolores que no se pueden manejar sin el cuidado o tratamiento objeto de esta reclamación. Las reclamaciones de cuidado urgente usualmente involucran reclamaciones pre-servicio, no reclamaciones post-servicio. Determinaremos si una reclamación es o no de cuidado urgente mediante la aplicación del juicio de una persona sin experiencia que posea un conocimiento general de salud y medicina. Si usted cree que su reclamación cualifica como una reclamación de cuidado urgente, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-474-5219 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.. Usted también puede demostrar que su reclamación es urgente mediante evidencia provista de que un médico que conoce su condición de salud ha determinado que su reclamación implica cuidado urgente.
Reclamaciones pre-servicio	Aquellas reclamaciones (1) que requieren precertificación, preautorización o referido y, (2) en las que, si no se obtiene la precertificación, preautorización o referido, redundan en una reducción de beneficios.
Reembolso	El intento de recobro por parte de un proveedor si un asegurado ha sufrido una enfermedad o lesión y ha recibido, en relación con tal enfermedad o lesión, un pago de cualquier parte que pueda ser responsable, de cualquier póliza de seguro aplicable, o de un programa de compensación o póliza de seguro laboral, y los términos del plan de beneficios de salud del proveedor requieren que el asegurado, como resultado de dicho pago, reembolse dicho pago al proveedor hasta el límite de los beneficios inicialmente pagados o proporcionados. El derecho al reembolso es acumulable y no excluyente del derecho de subrogación.
Servicios cubiertos	Servicios de salud cubiertos por nuestros beneficios, como se describen en este folleto.
Subrogación	El recobro que busca hacer una aseguradora a cualquier parte que pueda ser responsable, cualquier póliza de seguro aplicable, o póliza de seguro o programa de compensación laboral, como sucesor de los derechos de una persona cubierta que sufrió una enfermedad o lesión y ha obtenido beneficios del plan de salud de dicha aseguradora.
Usted	Se refiere a la persona suscrita al plan y a cada familiar cubierto.

Índice

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

Lesión accidental	46, 67	Exclusiones generales	74	Médico.....	17-19, 28,50,54-61,64,87
Pruebas de alergia.....	35	Servicios de audición	38	Punto de Servicio (POS)	14-72
Trasplante (de donante) alogénico de médula ósea.....	47-51	Servicios de salud en el hogar.....	41	Precertificación.....	13-15, 17-20, 26, 29-32, 35-36, 40, 42-46, 49, 54-55, 64, 80
Ambulancia	54, 57	Hospital.....	19-20, 52-55, 58	Medicamentos recetados	60, 62, 70
Anestesia	51	Vacunas	30-32	Cuidado preventivo, adultos.....	29-31
Trasplante autólogo de médula ósea ...	47-51	Infertilidad.....	35, 87	Cuidado preventivo, niños	32
Biopsia	44	Beneficios para pacientes hospitalizados	53-55, 59	Servicios preventivos	29-32
Sangre y plasma sanguíneo.....	52-53	Insulina.....	20, 40, 62	Aparatos prostéticos	44-45
Enyesado	44	Imágenes de resonancia magnética (MRI)	29	Psicólogo	59
Protección catastrófica.....	24	Mamografía.....	29-30, 71	Radioterapia	36
Cambios para el 2025	16	Beneficios de maternidad	32-33, 52	Alojamiento y comida	36,52,54
Quimioterapia.....	36	Medicaid.....	80	Segunda opinión quirúrgica	28
Oncology Analytics	71	Medicamente necesario.....	19, 22, 32-35, 44, 47, 57	Cuidado en un centro de enfermería especializada	20, 28, 51
Quiropráctico.....	41	Medicare.....	73, 80-85	Trabajador social	58
Pruebas de colesterol	30	Advantage.....	73, 80-85	Terapia del habla	37
Reclamaciones.....	55, 75-76	Original.....	73, 80-85	Férulas	52
Coaseguro.....	24	Miembros		Subrogación.....	81-88-89
Prueba de detección de cáncer colorrectal.	29	Familia.....	4, 8-12	Abuso de sustancias	58
Anomalías congénitas.....	44-45	Plan.....	3-4	Cirugía	44-46, 68
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos	34, 63	Beneficios de salud mental / abuso de sustancias.....	58-59	Oral	46
Muletas	41	Cuidado para recién nacido	9, 22, 30, 33	Ambulatoria.....	53
Definiciones	86-89	Ley de No Sorpresas (NSA).....	25	Reconstructiva	45-46
Cuidado dental.....	67-68	Beneficios no FEHB.....	73	Jeringuillas.....	62
Servicios diagnósticos	28	Enfermera.....	41, 53	Programa para dejar de fumar	42, 63
Gastos del donante.....	50-51	Terapia ocupacional	37	Continuación de Cubierta Temporal (TCC)	12
Vendajes.....	52-53, 66	Visitas al consultorio.....	31-38	Trasplantes.....	47-51
Equipo médico duradero.....	40	Cirugía oral y maxilofacial	45	Terapias de tratamiento	36-37
Fecha efectiva de suscripción	11, 24	Gastos que usted paga de su bolsillo.....	8, 12, 24	Cuidado de la vista	38
Emergencia.....	22, 25, 54-55	Oxígeno.....	40-41, 51-52	Sillas de ruedas	40
Experimental o investigativo	74	Prueba de Pap	29-30	Compensación laboral.....	80
Espejuelos.....	38			Rayos X	29,41, 52
Planificación familiar	34				
Sangre oculta en la excreta	29				
Fraude.....	3-4				
Servicios de afirmación de género.....	46				

Notas

Resumen de Beneficios del Plan Triple-S Salud, Inc. 2025

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

Beneficios	Usted paga	Pág.
Servicios provistos por médicos:		
Servicios de diagnóstico y tratamiento en el consultorio	En la red: copago de \$7.50 por visita a consultorios de médicos primarios, o de \$7.50 para especialistas; nada por rayos X y \$1.00 por prueba de laboratorio Fuera de la red: 10% de nuestra aportación más cualquier diferencia entre esta y la cantidad facturada	28
Servicios provistos por un hospital:		
• Paciente hospitalizado	En la red: Nada Fuera de la red: 10% de nuestra aportación más cualquier diferencia entre esta y la cantidad facturada	52-53
• Paciente ambulatorio	En la red: \$25 de copago por instalaciones para cirugías ambulatorias Fuera de la red: 10% de nuestra aportación más cualquier diferencia entre esta y la cantidad facturada	53
Beneficios de emergencia:		
• En la red	\$25 para salas de emergencias; \$10 si recomendamos la visita Nada por hospital. Copago de \$10 para cuidados de urgencia en salas de urgencia en la red	56
• Fuera de la red	10% más todos los cargos que excedan nuestra aportación	56
Tratamiento de salud mental y trastorno por abuso de sustancias	Costo compartido regular	58-59
Medicamentos recetados:		
• Farmacia comercial – abastecimiento de hasta 30 días	• Nivel 1: medicamentos genéricos, \$2.00 por unidad o repetición. • Nivel 2: medicamento de marca preferido, \$20 por unidad o repetición. • Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$20, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$125 por unidad o repetición. • Nivel 4: Medicamentos especializados / biotecnológicos preferidos, 25% o \$200, lo que sea menor, por unidad o repetición • Nivel 5: Medicamentos especializados / biotecnológicos no preferidos, 30% o \$300, lo que sea menor, por unidad o repetición	62

Beneficios	Usted paga	Pág.
Programas de medicamentos por correo y abastecimiento extendido a 90 días para ciertos medicamentos de mantenimiento	- Nivel 1: medicamentos genéricos, \$4.00 por unidad o repetición - Nivel 2: medicamento de marca preferido, \$40 por unidad o repetición - Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos, 20% o \$60, lo que sea mayor, hasta un desembolso máximo de \$375 por unidad o repetición.	64
Cuidado dental	Nada por servicios de diagnóstico; 30% por cualquier otro servicio.	72-73
Cuidado de la vista	\$7.50 por visita al consultorio	38
Beneficios Especiales	Opción de beneficios flexibles • Teleconsulta • Programa BlueCard • Centros de Excelencia para trasplantes • Telexpresso · Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTMP) • Herramienta de Análisis de Riesgos a la Salud (HRA) • Centros de Servicios Preventivos • Oncology Analytics	74-76

Información sobre las primas de Triple-S Salud, Inc. 2025 – Opción Ampliada

Para comparar sus opciones de plan de salud de FEHB, visite <https://health-benefits.opm.gov/PSHB/>

Para ver las primas de todas las opciones de plan de salud FEHB, visite www.opm.gov/healthcare-insurance/pshb/premiums/

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

Por favor, contacte a su Oficial de Beneficios Tribales para las primas exactas.

Tipo de suscripción	Código de suscripción	Prima			
		Bisemanal		Mensual	
		Aportación del Gobierno	Su aportación	Aportación del Gobierno	Su aportación

Islas Vírgenes

Opción Ampliada Individual solamente	851	\$225.74	\$75.25	\$489.11	\$163.04
Opción Ampliada Pareja	853	\$506.86	\$168.95	\$1,098.20	\$366.06
Opción Ampliada Individual y Familia	852	\$516.95	\$172.32	\$1,120.07	\$373.35

Puerto Rico

Opción Ampliada Individual solamente	891	\$161.52	\$53.84	\$349.96	\$116.65
Opción Ampliada Pareja	893	\$362.68	\$120.89	\$785.81	\$261.93
Opción Ampliada Individual y Familia	892	\$369.89	\$123.30	\$801.44	\$267.14