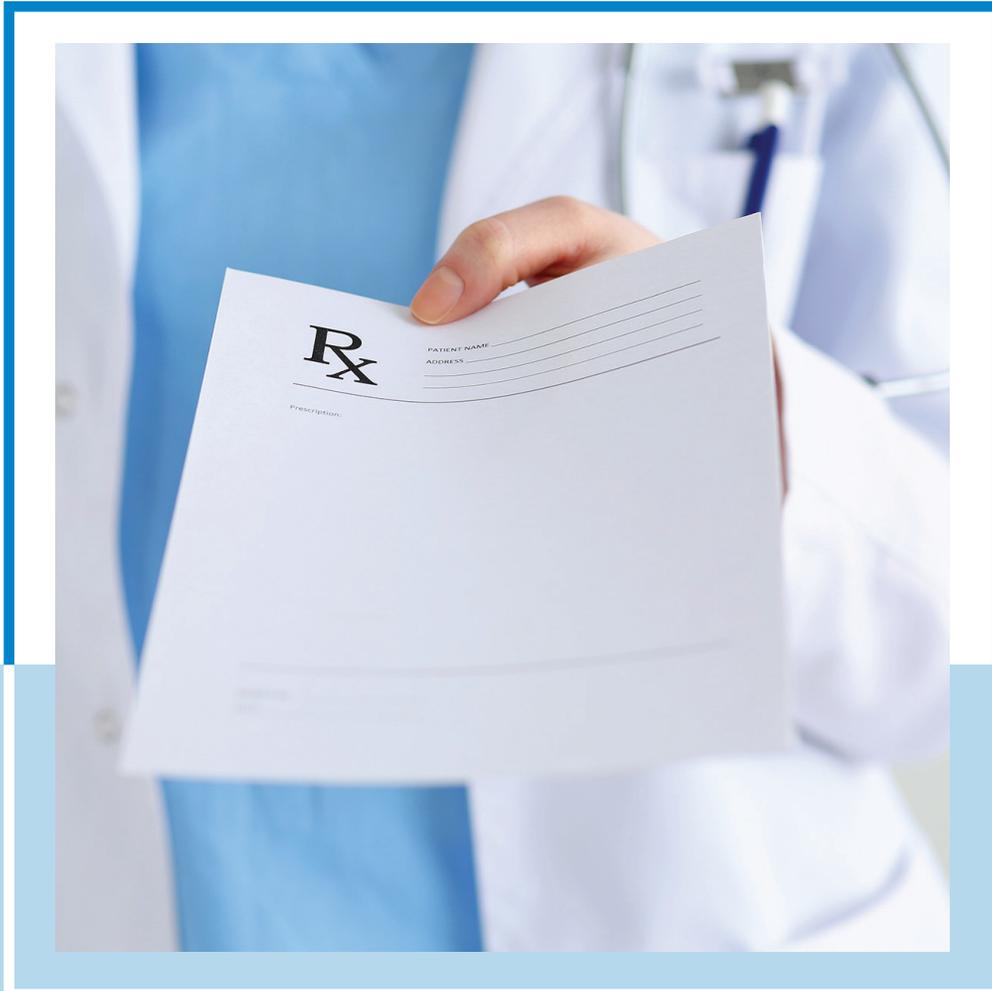


REQUISITOS PARA UNA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN

GUÍA PARA PROVEEDORES

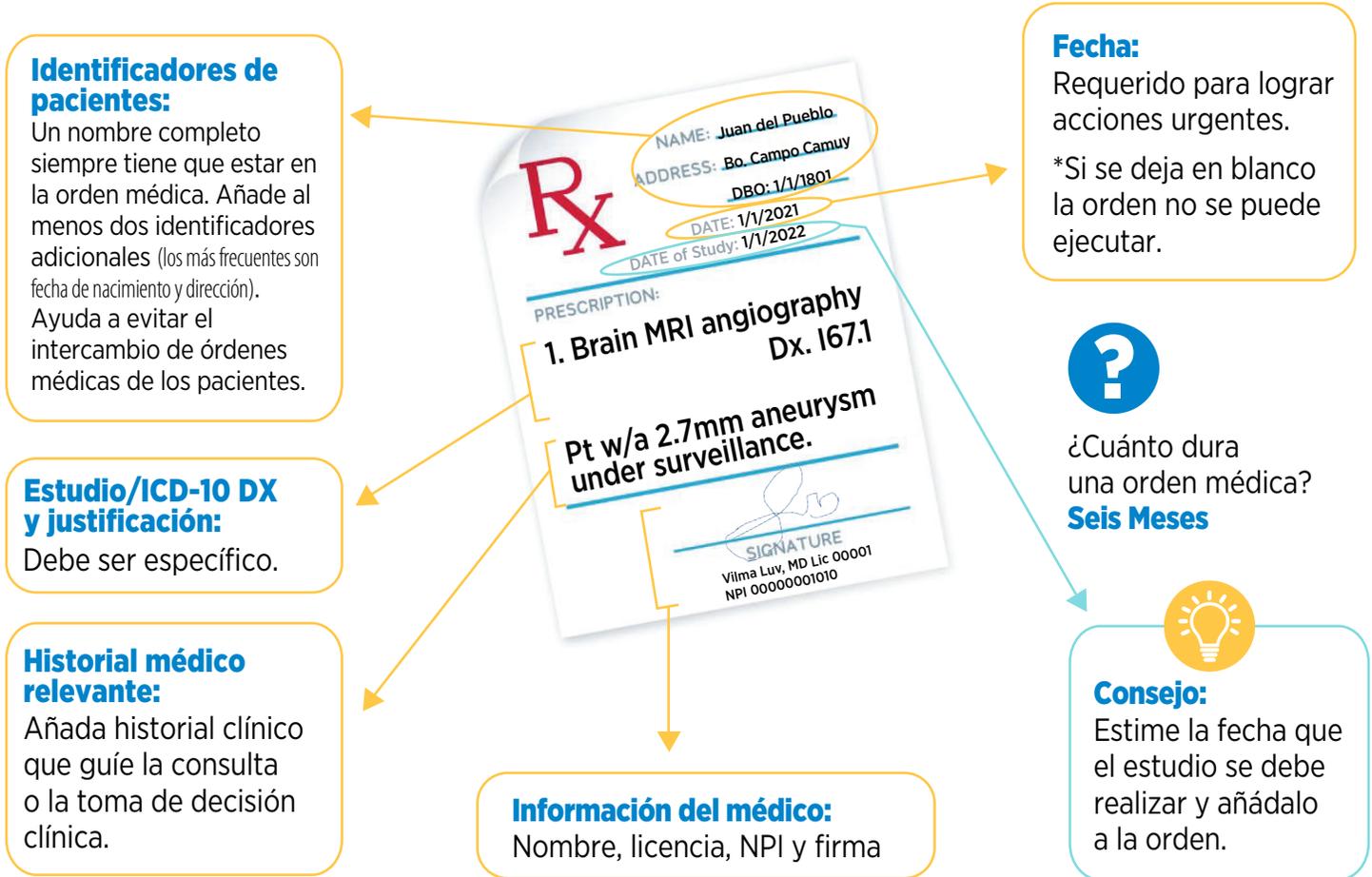


MEDICARE ADVANTAGE • COMERCIAL • VITAL

REQUISITOS PARA UNA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN

Completar la orden médica según se indica y/o los formularios requeridos.

ORDEN MÉDICA



JUSTIFICACIÓN DE NECESIDAD (según aplique)

- Historial médico
- Pruebas diagnósticas (radiologías, patologías, laboratorios, etc.)
- Examen físico
- Tratamiento



REQUISITOS PARA UNA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN




Formulario Solicitud de Preautorización

Expedita
 Estándar

Detalles del Paciente

Nombre:		Número de Contrato:	
Género:	Fecha nacimiento:	Número Teléfono:	
Dirección:		Zip Code:	

Médico que Prescribe

Nombre:		NPI:	
Firma:	Licencia:	Fecha:	
Número Teléfono:	Fax:	Email:	

Diagnostico (s) y Servicio (s)

Código Diagnostico (ICD-10)	Servicio (CPT/HCPCS/Rev/J code)	Lugar de Servicio
		<input type="checkbox"/> Oficina Médica
		<input type="checkbox"/> Centro Ambulatorio
		<input type="checkbox"/> Hospital
		<input type="checkbox"/> Otro:

Información sobre el proveedor o instalación que presta los servicios

Nombre:	NPI:	Fecha de servicio:
---------	------	--------------------

Resumen / justificación clínica

Por favor adjunte información clínica de respaldo.

Para obtener el estatus de una preautorización podrá acceder al portal Mi Triple-S en el siguiente enlace: www.mitriples.com o comunicándose con nuestro Centro de Servicio al Proveedor según línea de negocio aplicable: Triple-S Advantage, Inc. al 1-855-886-7474 de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y sábado 8:00 am-2:00 pm, Triple-S Salud, Inc. al 787-749-4700 o 1-877-357- 9777 (llamada gratuita) de lunes a viernes 7:30 am a 8:00 pm y sábado 8:00 am-12:00 pm, Plan de Salud del Gobierno (Plan Vital) al 1-844-263-6063 de lunes a domingo de 7:00 am a 7:00 pm.

SERVICIO A PROVEEDORES:
Vital: 1.844.263.6063
Comercial: 1.877.357.9777
ssspr.com • mitriples.com

Medicare Advantage: 1.855.886.7474
ssadvantage.com • mitriples.com
Triple-S Salud y Triple-S Advantage son concesionarios independientes de BlueCross BlueShield Association.

PSGPROV_2023_211_S

REFERIDO VITAL

El formulario debe ser completado por el médico primario en todas sus partes. Puede someterlo el médico participante de la IPA a la cual corresponde el beneficiario.

Para facilitar el proceso de autorización del servicio, el formulario de preautorización debe recibirse completado en todas sus partes y puede ser considerado como una orden médica.



REFERIDO Y/O CONSULTA

PROFESIONAL
 INSTITUCIONAL

NÚMERO DE REFERIDO 2024 - _____







SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	NICAL	NÚMERO DE CONTRATO	FECHA DE EMISIÓN
NOMBRE OTRO NOMBRE/ALIAS		NOMBRE DEL SEGURO	NÚMERO DE CONTRATO DEL OTRO SEGURO	FECHA DE EXPIRACIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				mes / año / día	TELÉFONO ALTERNATIVO
DIRECCIÓN FÍSICA		MUNICIPIO	ESTADO	CÓDIGO DE CORREO	CÓDIGO DE SERVICIO
DIRECCIÓN POSTAL		MUNICIPIO	ESTADO	CÓDIGO DE CORREO	
SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REFIERE					
NOMBRE DEL PROVEEDOR (por área de estudio)		NIP		TELÉFONO CLÍNICA	
FECHA DEL PROVEEDOR		FECHA DE EMISIÓN DE REFERIDO	CLASIFICACIÓN PROVEEDOR	CÓDIGO DE SERVICIO	
		mes / año / día		mes / año / día	
SECCIÓN III: INFORMACIÓN CLÍNICA					
FAVOR DE INDICAR LOS CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y SU DESCRIPCIÓN POR EL CUAL ESTA REFERIDO AL PACIENTE					
CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN		CÓDIGO DE SERVICIO - DESCRIPCIÓN		CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO - DESCRIPCIÓN	
1-		2-		3-	
4-		5-		6-	
RAZÓN DE LA CONSULTA: (Incluir síntomas, causas físicas, antecedentes médicos previos, etc. según tipo de consulta o resultado de laboratorio).					
SECCIÓN IV: BENEFICIARIO REFERIDO PARA ESPECIFICAR:					
<input type="checkbox"/> URGENCIA					
<input type="checkbox"/> ANESTESIA					
<input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO AMBULATORIO					
<input type="checkbox"/> PRUEBA DIAGNÓSTICA					
<input type="checkbox"/> BAYOS X					
<input type="checkbox"/> LABORATORIO					
<input type="checkbox"/> OTROS (Ej. MRI, Laboratorio Esp. etc)					
<input type="checkbox"/> CONSULTA (Indicar especialidad)					
<input type="checkbox"/> CONSULTA Y MANEJO					
SECCIÓN V: REPORTE DEL ESPECIALISTA					
CONTESTACIÓN A CONSULTA					
Resumen breve de los hallazgos clínicos - Copia de Nota de Progreso adjunta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Evaluación realizada y resultados					
Diagnósticos					
Plan de tratamiento					
INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA					
NOMBRE DEL PROVEEDOR (por área de estudio)		NIP		TELÉFONO CLÍNICA	
FECHA DEL PROVEEDOR		FECHA DE SERVICIO CLÍNICA	CLASIFICACIÓN PROVEEDOR	CÓDIGO DE SERVICIO	
		mes / año / día		mes / año / día	

*** Este documento es válido por 90 días a partir de la fecha de emisión del proveedor que refiere.

Este formulario contiene información confidencial que pertenece al consultante y está protegido por ley. El consultante no es el destinatario deseado, por lo tanto en la medida que cualquier divulgación, copia, distribución o acceso no autorizado en violación con el consentimiento del consultante está estrictamente prohibida. Si ha recibido esta información por algún error, por favor notificar al emisor inmediatamente para evitar la divulgación de esta información.



CUBIERTA ESPECIAL VITAL

- No requiere referido de médico primario
- Debe estar vigente
- La orden médica debe emitirla el médico especialista autorizado y tener todos los componentes requeridos según establecido previamente.

SERVICIOS EN ESTADOS UNIDOS COMERCIAL Y MEDICARE ADVANTAGE

- Requieren referido del médico en Puerto Rico solicitando los servicios en Estados Unidos. Debe utilizar el siguiente formulario que se encuentra disponible en el portal de Mi Triple-S.
- No se aceptan órdenes emitidas por un *Physician Assistant*, ni médicos estudiantes.
- Requiere justificación de necesidad por el cual solicitan los servicios a ser provistos en Estados Unidos. (según aplique).




USA Preauthorization Request Form

Patient Details		
Name:	Member ID: ZUA	Date of Birth:
Sex:	Email:	Phone:
Address:		Zip Code:
Personal Representative / Emergency Contact in USA		
Name:	Relationship:	Phone:
Email:		Phone:
Referring Provider		
Physician Name:	NPI:	Specialty:
Physician Signature:	License:	Date:
Office Days:	Office Hours:	
Business Phone:	Personal Phone:	Fax:
Business Email:	Personal Email:	
Servicing Consultant Provider in USA		
Name:	Specialty:	NPI:
Phone:	Email:	Fax:
Address:		Zip Code:
Place of Service:		
<input type="checkbox"/> Medical Office <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Outpatient <input type="checkbox"/> Ambulatory surgical medical center <input type="checkbox"/> Extended care facility: <input type="checkbox"/> Rehab <input type="checkbox"/> SNF <input type="checkbox"/> Other: specify:		
Facility Name:		NPI:
Phone:	Email:	Fax:
Address:		Zip Code:




Diagnosis Code (s)	
Diagnosis Code (ICD-10):	Primary Dx:
Secondaries Dx:	
Referral and Justification: Services available in Puerto Rico: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
Request services:	Specify request services with CPT / HCPC / J / Rev code:
<input type="checkbox"/> Initial Consultation <input type="checkbox"/> Follow Up Visit <input type="checkbox"/> Diagnostics Test <input type="checkbox"/> Specific Procedure <input type="checkbox"/> Specific Treatment <input type="checkbox"/> Other	
Written justification for services to be provided in USA:	




Brief Case Summary	
Present Illness and Complication:	
Past Medical & Surgical and / or Treatment Provided:	
Current Medications and Treatment:	
<p>Please attach supporting clinical information.</p> <p>List all physicians who need receipt final report.</p>	
<p><small>*Services rendered in United States of America are subject to a preauthorization, therefore it is important to meet the requirements prior to receiving services out the area.</small></p> <p><small>To find out the status of a preauthorization you may contact any of our Customer Service Centers. For Commercial line of business, if you are a member, you may contact 787-774-6660, if you are a Provider, you may contact 1-877-357-9777. For Advantage line of business, if you are a member, you may contact 1-888-626-1919, if you are a Provider, you may contact 1-855-886-7474.</small></p>	

PROVIDERS CALL CENTERS:
 Vital: 1-844-263-6063
 Commercial: 1-877-357-9777
 ssspr.com • mitriples.com

Medicare Advantage: 1-855-886-7474
 sssadvantage.com • mitriples.com

PROV_2023_94_E

PROVIDERS CALL CENTERS:
 Vital: 1-844-263-6063
 Commercial: 1-877-357-9777
 ssspr.com • mitriples.com

Medicare Advantage: 1-855-886-7474
 sssadvantage.com • mitriples.com

PROV_2023_94_E

PROVIDERS CALL CENTERS:
 Vital: 1-844-263-6063
 Commercial: 1-877-357-9777
 ssspr.com • mitriples.com

Medicare Advantage: 1-855-886-7474
 sssadvantage.com • mitriples.com

PROV_2023_94_E



EVALUACIÓN DE SOLICITUDES

Importante que la clasificación sea cónsona con la necesidad del servicio.

Solicitudes expeditas

Indicativa que el esperar una decisión dentro del marco de tiempo estándar podría poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del paciente para recuperar la función máxima.

Solicitudes estándar

Indicativa de que la vida, la salud o la capacidad del paciente para recuperar la función máxima no están en peligro grave.

Toda solicitud de servicio debe incluir información completa y legible utilizando el formulario de preautorización. El proceso podría retrasarse si se requiere información adicional. Tan pronto la evaluación sea completada, le notificaremos.

Para validar requisito de preautorización puede hacer referencia a:

Vital y Comercial

Acceder SES Web a través del siguiente enlace

<https://service.ssspr.com/providerweb/manage/service-approval.aspx>

Medicare Advantage

Validar a través de Servicio al Proveedor.

El pasado 15 de septiembre de 2023 se comunicó a través de la circular M2309121 la eliminación de requisitos de preautorización de Medicare Advantage para servicios tales como: MRI, procedimientos, algunos medicamentos bajo la parte B, y equipos médicos. De ser otro servicio no contemplado en la carta circular, puede validar a través de Servicio al Proveedor.



CARTA CIRCULAR #M2303045

31 de marzo de 2023

A TODAS LAS FARMACIAS ESPECIALIZADAS, CENTROS DE QUIMIOTERAPIA, HEMATOLOGOS ONCOLOGOS, CENTROS DE RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR Y LABORATORIOS CLINICOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DE TRIPLE-S SALUD, INC. (COMERCIAL Y PLAN VITAL) Y TRIPLE-S ADVANTAGE, INC.

Re: Programa de Manejo de Calidad Oncológica

Reciba un saludo cordial de Triple-S Salud, Inc. y Triple-S Advantage, Inc. (Triple-S, en adelante). En nuestro interés de mantenerlos informados, hemos hecho una reconciliación de los códigos que requieren pre-autorización a través del Programa de Manejo de Calidad Oncológica para nuestros asegurados de las tres líneas de negocio Comercial, Vital, Medicare Advantage (ver Anejo 1) y segmento Grupo Antossegurados (ASO) de Comercial, la cual será efectiva a partir del 1 de mayo de 2023. Por tal razón, esta Carta Circular, sustituye la Carta Circular #M2203060¹, #M2107119² y las cartas circulares para Federal y MA publicadas³.

Igualmente, queremos notificarle que los radiofármacos mencionados en el Anejo 2, no requerirán de pre-autorización cuando se ordenen con el procedimiento correspondiente al estudio, el cual sí requerirá de autorización previa. Le recordamos que los servicios a ser prestados para personas mayores de 18 años, que no estén bajo el cuidado de un oncólogo publicitario requerirán solicitud de pre-autorización a través de OncoHealth/Soluciones Analíticas de Salud (OH/SAS) utilizando una plataforma electrónica en línea, diseñada específicamente para la atención oncológica. Esta plataforma cubre todo el espectro de terapias, en todos los tipos y estadios del cáncer, incluido la radioterapia, medicina nuclear, pruebas genéticas/moleculares, quimioterapia, inmunoterapia y algunos agentes adyuvantes. Las solicitudes de autorización para todos los asegurados de este Programa deben enviarse directamente a Soluciones Analíticas de Salud LLC (SAS) al siguiente número de fax: 1-844-964-7707.

Además, tal como notificado anteriormente, el equipo de relaciones con proveedores de OH/SAS estará disponible para espaciarlo y ayudarlo en cómo acceder y utilizar la plataforma electrónica, la cual le proporcionará un tiempo de respuesta rápido a sus solicitudes de autorización previa. Para consultas al Equipo de Relaciones con Proveedores de OH/SAS, puede comunicarse al 1-877-815-0819 o por correo electrónico a providerengagement@oncohealth.us.

¹ <http://publicaciones.ssspr.com/Carta/Pages/Default.aspx?c=M2203060>

² <http://publicaciones.ssspr.com/Carta/Pages/Default.aspx?c=M2107119>

³ <http://publicaciones.ssspr.com/Carta/Pages/Default.aspx?c=Oncology%20Quality%20Management%20Program&start=1>



REQUISITOS PARA UNA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN

Estatus de una preautorización

Acceder al portal de Mi Triple-S al siguiente enlace: <https://www.mitriples.com> o contactando a nuestro Centro de Servicio al Proveedor según la línea de negocio aplicable:

Triple-S Advantage, Inc.

1-855-886-7474

FAXES

787-620-0925

787-620-0926

787-620-0947 (Altas)

787-706-2889 Farmacia Parte B

HORARIO

lunes a viernes

8:00 a.m. - 4:30 p.m.

sábado

8:00 a.m. - 2:00 p.m.

Plan de Salud de Gobierno (Plan Vital)

1-844-263-6063

FAXES

787-774-4837

787-625-8651

787-706-2840 (Transporte)

787-774-4800 (Farmacia)

HORARIO

lunes a domingo

8:00 a.m. - 4:30 p.m.

Triple-S Salud, Inc. (Comercial)

787-749-4700 o al

1-877-357-9777 (sin cargos)

FAXES

787-774-4824

787-625-8650

787-774-4800 (Farmacia)

HORARIO

lunes a viernes

8:00 a.m. - 4:30 p.m.

sábado

8:00 a.m. - 12:00 p.m.

Es importante que toda solicitud de los servicios estipulados abajo sean sometidas directamente a las entidades delegadas correspondientes para agilizar el proceso de coordinación.

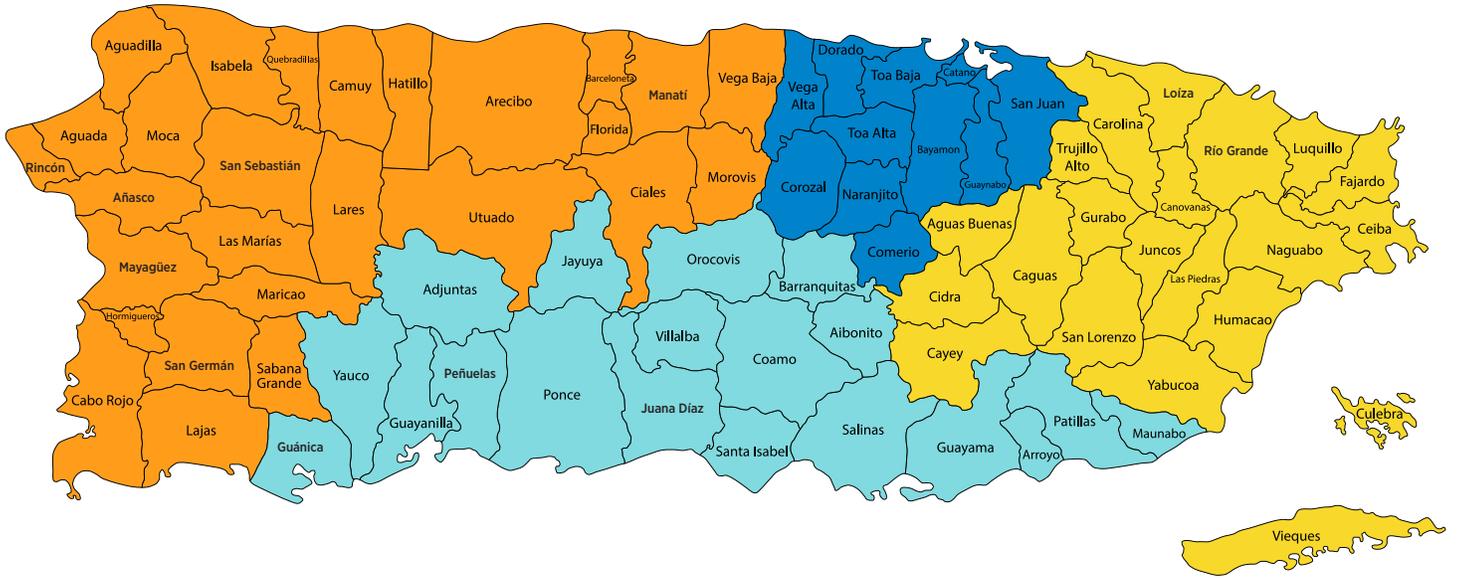


ENTIDADES DELEGADAS

ENTIDADES DELEGADAS	SERVICIOS	FAX
Oncohealth: Comercial, Medicare y Vital (Carta Circular M2303045)	Radioterapias, Quimioterapias, Pet Scan, laboratorios de Genética Molecular.	1.844.964.7707
CMS: Medicare	DME	787.474.2800
Ortóticos y Prostéticos: Medicare	Clinical Medical Services (CMS), Diabetic Solutions, Puerto Rico Prostetic (Physical Therapy) RPS Medical, según región geográfica.	Según región geográfica
TNPR: Medicare	Terapias físicas ambulatorias	1.800.615.0148



PROVEEDORES DE PRÓTESIS Y ORTESIS PARA MEDICARE



#6924
REGIÓN METRO

T 787.854.1479
F 787.854.1124



#3444
REGIÓN OESTE

T 787.854.6700/8040/8045
F 787.854.2000
F 787.854.4936



#2295
REGIÓN ESTE

T 787.854.5055
F 787.807.2299 Manejo Médico
F 787.854.7375



#1844
REGIÓN SUR

T 787.620.2900
F 787.474.2800

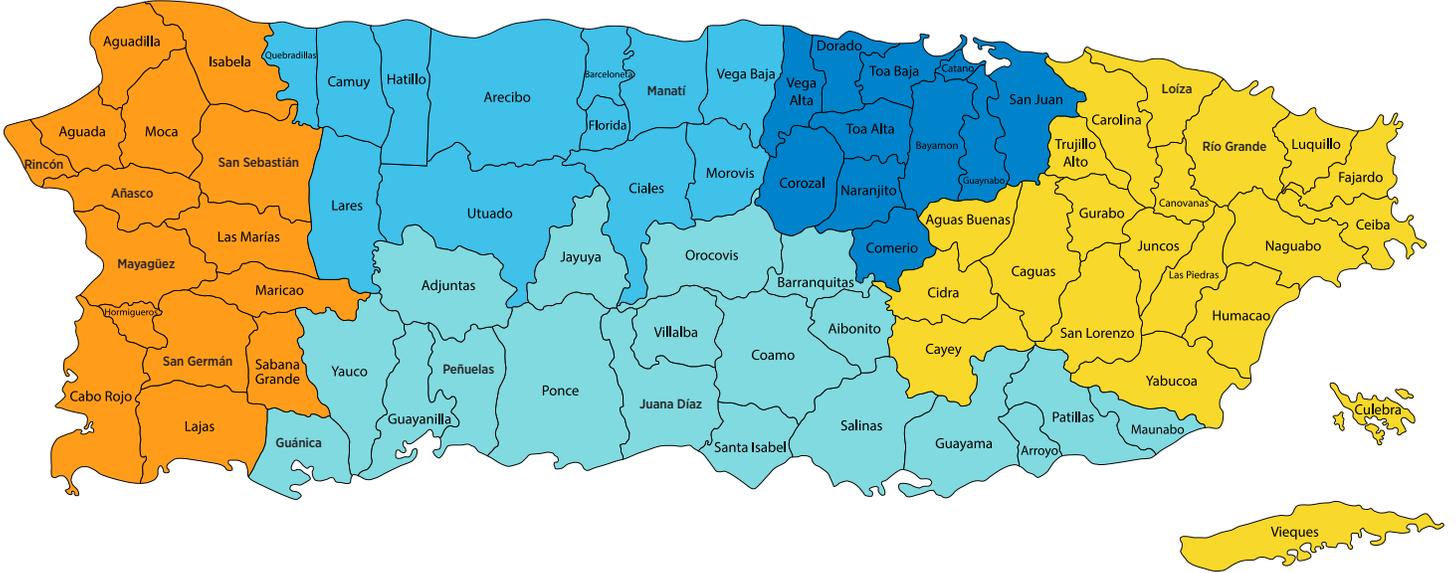


SERVICIOS DE HOME CARE MEDICARE ADVANTAGE

Las solicitudes para los servicios de cuidado en el hogar (Home Care) como enfermería, asistente de baño (HHA), terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y trabajador social, deben ser enviadas directamente a los proveedores designados, según región geográfica. Los mismos no están sujetos a preautorización. Hacer referencia a Carta Circular M2309133.

CORPORACIÓN LAS VEGAS	CLINICAL MEDICAL SERVICES (CMS)	METRO PAVIA AT HOME	ADVANCED HOME HEALTH	CLINICAL MEDICAL SERVICES (CMS)
Bayamón	Aguada	Adjuntas	Aguas Buenas	Arecibo
Cataño	Aguadilla	Aibonito	Caguas	Barceloneta
Corozal	Añasco	Arroyo	Canóvanas	Camuy
Dorado	Cabo Rojo	Barranquitas	Carolina	Ciales
Guaynabo	Hormigueros	Coamo	Cayey	Florida
Naranjito	Isabela	Guánica	Ceiba	Hatillo
San Juan	Lajas	Guayama	Cidra	Lares
Toa Alta	Las Marías	Jayuya	Culebra	Manatí
Toa Baja	Maricao	Juana Díaz	Fajardo	Morovis
Vega Alta	Mayagüez	Maunabo	Gurabo	Quebradillas
	Moca	Orocovis	Humacao	Utua
	Rincón	Patillas	Juncos	Vega Baja
	Sabana Grande	Peñuelas	Las Piedras	
	San Germán	Ponce	Loíza	
	San Sebastián	Salinas	Luquillo	
		Santa Isabel	Naguabo	
		Villalba	Río Grande	
		Yauco	San Lorenzo	
			Trujillo Alto	
			Vieques	
			Yabucoa	

MAPA SERVICIOS DE HOME CARE MEDICARE ADVANTAGE



REGIÓN NORTE

T 787.854.1426
F 787.884.3757

REGIÓN NORTE

T 787.626.1861
F 787.544.0057

REGIÓN OESTE

T 787.833.2899
F 787.833.2855



REGIÓN ESTE

T 787.783.2245
F 787.781.8384



REGIÓN SUR

T 787.466.0224
F 787.395.7837



REQUISITOS PARA UNA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN

SERVICIOS DENTALES

Requerimientos básicos para servicios de la cubierta Dental aplicables a las líneas de negocio: Medicare, Comercial y Vital.

SERVICIOS	LÍNEA NEGOCIO	DOCUMENTOS REQUERIDOS	CÓDIGOS	ICD-10	RADIO-GRAFÍA	REPORTES CLÍNICOS	CUENTAS EMAIL
Prótesis, Implantes, Re-Endodoncia	Comercial y Medicare	Forma ADA	CDT	N/A	Sí	Sí/No	protesis@ssspr.com
Periodoncia	Comercial y Medicare	Periodoncia Forma ADA / Charting Periodontal	CDT	N/A	Sí	Sí/No	perio@ssspr.com
Hospital Call	Comercial, Medicare y Vital	Forma ADA / Forma DD171	CDT	N/A	Sí/No	Sí/No	dental@ssspr.com
Médico Quirúrgico	Comercial, Medicare y Vital	MQ191 – Cirugías Ortognáticas / MQ192 – Servicios Médicos Quirúrgicos	CPT	Sí	Sí/No	Sí/No	dental@ssspr.com
Servicios Ortodoncia	Vital	Referido Médico Primario, Forma ADA del Ortodoncista, Plan de Tratamiento Ortodoncia	CPT	N/A	Sí	Sí	dental@ssspr.com

Radiografías originales deben enviarlas por correo a la siguiente dirección, según línea de negocio:

COMERCIAL Y VITAL

Triple-S Salud
 PO Box 363628
 San Juan, PR 00936-3628
 Fax 787-706-4024

MEDICARE ADVANTAGE

Triple-S Advantage
 PO Box 11320
 San Juan, PR 00922-1320
 Fax 787-706-4024



MEDICARE CRITERIOS BÁSICOS PARA LOS EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS MÁS COMUNES (DME)

SERVICIOS	HCPCS	REQUISITOS	LCD
Freestyle Libre	<ul style="list-style-type: none"> • E2103 Monitor • A4239 Sensor 	HbA1c mayor a 7% historial de cambios glucémicos severos como, ayunas con frecuencias que excedan los 200 mg/dl, hipoglicemia o amplias fluctuaciones	LCD:33822
Bombas de Insulina	<ul style="list-style-type: none"> • E0784 Bomba • K0552 Reservorios • A4230 Catéter • A9276 Sensores • A9277 Transmisor • A4253 Tirillas 	Glicosilada igual o mayor a 7%. Reporte de dextro diario, Uso de insulina QID o ajustes frecuentes	LCD:33822
CAP O BIPAP	<ul style="list-style-type: none"> • E0601 CPAP o CPAP Auto. • E0470 BIPAP – cuando el CPAP no fue efectivo. • E0741 BIPAP w Backup – trastornos torácicos restrictivos. <p>Suplidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • A4615 Nasal Cánula. • E0561 Humidificador. • E05622 Humidificador Caliente. A7035 Head gear. • A7038 Chin Strap. • A7037 Tubbing. • A7038 Filtros desechables (dos por mes). • A7039 Filtros no desechables. 	Se requiere del estudio del sueño con un resultado de Apnea-hipo apnea (AHÍ O RDI) es igual o mayor a 14 eventos (depende del tipo del estudio del sueño realizado)	LCD:33794

CRITERIOS BÁSICOS PARA LOS EQUIPOS MÉDICOS DURABLES MÁS COMUNES (DME)

SERVICIOS	HCPCS	REQUISITOS	LCD
Oxígeno	<p>Oxígeno gaseoso</p> <ul style="list-style-type: none"> • E1390 Concentrador • E0424 Tanque estacionario (Tanque H) • E0431 Tanque portable <p>Oxígeno líquido</p> <ul style="list-style-type: none"> • E0439 Estacionario • E0432 Portable <p>Concentrador O2 portable</p> <ul style="list-style-type: none"> • E1392 – POC 	Debe presentar vía de administración, horas de uso y litros por minutos. Se requiere de resultados de oximetría igual o menor a 88%.	LCD: 33797
Glucómetro, Tirillas y lancetas	<ul style="list-style-type: none"> • E0607 Monitor • A4253 Tirillas (50 por caja) • A4259 Lancetas (100 por caja) 	Paciente debe presentar diagnóstico de diabetes mellitus. Se trabaja con CMS bajo CAP.	L33822
CoaguChek	<p>G0248 Máquina</p> <p>G0249 Tirillas (cuatro cajas por seis meses)</p> <p>A9900 Lancetas (una caja por año)</p>	Paciente en tratamiento de Comodín por más de 90 días. Se realiza la prueba una vez por semana.	HCPC
Medias de Compresión	A6530	Compresión 30-40 mmHg/40-50 mmHg.	L38955

SERVICIO A PROVEEDORES

VITAL

1.844.263.6063

COMERCIAL

1.877.357.9777

ssspr.com
mitriples.com

MEDICARE ADVANTAGE

1.855.886.7474

mitriples.com
sssadvantage.com

