

ANEJO 4
TRIPLE- S ADVANTAGE, INC.
ELA ÓPTIMO PLUS



ELA ÓPTIMO PLUS

(PPO)



RESUMEN DE BENEFICIOS

2022

[Handwritten signature]

ELA Óptimo Plus

(PPO)



RESUMEN DE BENEFICIOS 2022

SOBRE ESTE PLAN

ELA Óptimo Plus (PPO) es un plan PPO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación en el plan depende de la renovación del contrato.

Triple-S Advantage, Inc. es una organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), con un contrato con Medicare. La afiliación en Triple-S Advantage, Inc. depende de la renovación de contrato. Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Para afiliarse a **ELA Óptimo Plus (PPO)** debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B, ser un ciudadano de EE.UU., cumplir con los requisitos de elegibilidad de su patrono, o estar legalmente en los Estados Unidos y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los 78 municipios en Puerto Rico.



ADQUIRIENDO CUIDADO

ELA Óptimo Plus (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza un proveedor que no está en nuestra red, el plan podría no pagar por estos servicios.

Proveedores fuera de la red/no-contratados no están bajo ninguna obligación para tratar afiliados de Triple-S Advantage, Inc., excepto en situaciones de emergencia. Por favor, llame al número de Servicios al Afiliado o vea su Evidencia de Cubierta para más información, incluyendo el costo compartido que aplica para servicios fuera de la red. Para una decisión respecto a si cubriremos un servicio fuera de la red, le exhortamos a usted o su proveedor que nos pida una determinación organizacional antes de recibir el servicio.

Puede visitar www.sssadvantage.com para ver el Directorio de Proveedores y Farmacias de su plan. Usted también puede ver el Formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) para ver qué medicamentos están cubiertos y si hay algunas restricciones.

El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Recibirá notificación cuando sea necesario.



ELA Óptimo Plus

(PPO)



SI TIENE PREGUNTAS

Para más información, favor de llamar a Servicios al Afiliado al número de teléfono a continuación o visite nuestra página de internet www.sssadvantage.com.

Si usted es un afiliado a nuestro plan, puede llamar libre de costo al **1-888-620-1919** (TTY/TDD **1-866-620-2520**). Si usted no es un afiliado a nuestro plan, puede llamar libre de costo al **1-877-207-8777** (TTY/TDD **1-866-620-2520**). Nos puede llamar de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., horario del Atlántico.

Si desea conocer más acerca de la cubierta y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "**Medicare y Usted**". Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Este documento está disponible en inglés, libre de costo.

Este documento también está disponible en otros formatos como braille, texto agrandado y audio. Por favor, llame a Servicios al Afiliado si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje.



BENEFICIOS CUBIERTOS Y LIMITACIONES

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No muestra todos los servicios que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la Evidencia de Cubierta llamando a Servicios al Afiliado o visitando nuestra página de internet www.sssadvantage.com.

Con este plan, tiene la opción de visitar proveedores fuera de la red. Tenga en cuenta que el costo compartido de estos servicios puede ser mayor.

Los servicios cubiertos fuera de la red pueden ser sometidos a través de reembolso. Los pagos estarán sujetos a que el servicio esté cubierto y sea médicamente necesario, y la tarifa a pagar por el servicio no será necesariamente la tarifa presentada por el proveedor que prestó el servicio, menos el coaseguro correspondiente de su cubierta y siguiendo los límites monetarios de cada beneficio.



ELA Óptimo Plus

(PPO)

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios en adición a los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Beneficios, prima y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

H4005_22EGWP011S_M



A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized name.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized name.

ELA Óptimo Plus

(PPO)

Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
Prima Mensual del Plan	\$100 prima mensual	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted no paga nada.	Este plan no tiene deducible.
Gasto Máximo de su Bolsillo (no incluye recetas de medicamentos)	\$6,700 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red, anualmente. \$10,000 para servicios que usted recibe de cualquier proveedor. Su límite por servicios recibidos de proveedores dentro de la red contará hacia este límite.	Lo más que usted pagará en copagos, coaseguros y otros gastos en servicios médicos durante el año.
Cubierta de Cuidado Hospitalario	Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro por admisión.	Este plan cubre un número ilimitado de días para una estadía hospitalaria.
Cubierta de Servicios Ambulatorios en el Hospital	<ul style="list-style-type: none"> Dentro de la Red: \$5 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro 	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.
Cubierta de Observación	<ul style="list-style-type: none"> Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro 	
Visita al Médico:		Usted no paga nada en las Clínicas SALUS. Otros proveedores están disponibles en nuestra red.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Primario ○ Especialista ○ Cirugía y/o procedimientos en la oficina de un médico 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: \$5 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: \$5 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro 	<p>Cirugías y procedimientos en la oficina de un médico pueden requerir pre-autorización.</p>



ELA Óptimo Plus

(PPO)



Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
Cuidado Preventivo	Usted no paga nada.	Cualquier otro servicio preventivo que sea aprobado por Medicare durante el año contrato será cubierto.
Cuidado de Emergencia	\$25 copago	Si es admitido al hospital dentro de las 24 horas por la misma condición para la cual fue evaluado en la sala de emergencia, no paga por la visita a la sala de emergencia. Los servicios en los Estados Unidos también pueden ser manejados a través de reembolso de acuerdo con las tarifas de Medicare y la ubicación donde se proporcionaron los servicios, menos el copago.
Cuidado de Urgencia	Usted no paga nada.	Los servicios en los Estados Unidos también pueden ser manejados a través de reembolso de acuerdo con las tarifas de Medicare y la ubicación donde se proporcionaron los servicios, menos el copago.

[Handwritten signature]



ELA Óptimo Plus

(PPO)

Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
<p>Servicios Diagnósticos / Laboratorios / Imagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de radiología diagnóstica (Ej. MRI) ○ Servicio de laboratorio ○ Rayos-X ○ Procedimientos y pruebas diagnósticas ○ Servicios de radiología terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: \$25 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro 	<p>Usted no paga nada en las Clínicas SALUS. Otros proveedores están disponibles en nuestra red.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.</p>
<p>Servicios de Audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de audición ○ Examen de audición de rutina 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro 	<p>Un (1) examen de audición de rutina cada año.</p>



ELA Óptimo Plus

(PPO)



Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
<ul style="list-style-type: none"> ○ Ajuste / evaluación de aparato auditivo ○ Aparato auditivo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Usted no paga nada. 	<p>Un (1) ajuste / evaluación de aparatos auditivos cada año.</p> <p>Hasta \$1,000 cada año para aparatos auditivos.</p>
<p>Servicios Dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Preventivos: Examen oral, limpieza, fluoruro y rayos-X ○ Comprensivos: Endodoncia, prostodoncia (puentes, coronas, Root Canal, dentaduras flexibles, etc.), cirugía oral/maxilofacial, servicios restaurativos, periodoncia y otros servicios generales 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Una (1) limpieza cada seis meses. • Radiografía dental • Un (1) tratamiento de fluoruro cada seis meses. • Un (1) examen oral cada seis meses. <p>Hasta \$4,000 de límite de cubierta del plan para beneficios dentales suplementarios comprensivos cada año.</p> <p>Se aplica un límite máximo de beneficios para algunos servicios.</p> <p>Los servicios dentales comprensivos pueden requerir pre-autorización. Pregúntele a su dentista si el servicio que necesita requiere pre-autorización antes de proporcionarlo.</p> <p>Por favor, vea el beneficio en su Evidencia de Cubierta para detalles sobre limitaciones y cómo utilizar estos servicios.</p>



[Handwritten signature]



ELA Óptimo Plus

(PPO)



Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
<p>Servicios de Visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de la vista ○ Examen de la vista rutinario ○ Un (1) par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas ○ Lentes de contacto, espejuelos (montura y lentes), monturas de espejuelos, lentes de espejuelos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. 	<p>Uno (1) cada año.</p> <p>Uno (1) cada año.</p> <p>Hasta \$600 para espejuelos recetados (montura y lentes) o lentes de contacto cada año.</p> <p>Usted es responsable del saldo que exceda el monto del beneficio estipulado en su cubierta.</p>
<p>Servicios de Salud Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hospitalización ○ Visitas de terapias individuales 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro 	<p>Límite de por vida de hasta ciento noventa (190) días para servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Algunos servicios de hospitalización parcial pueden requerir pre-autorización.</p>



ELA Óptimo Plus

(PPO)



Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
<ul style="list-style-type: none"> ○ Visitas de terapias grupales ○ Hospitalización parcial 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: \$5 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro 	
Facilidad de Enfermería Diestra (SNF, por sus siglas en inglés)	Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro	Hasta cien (100) días en un SNF por período de beneficios. No requiere una estadía hospitalaria previa. Requiere pre-autorización.
Terapia Física	Dentro de la Red: \$5 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro	Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se ofrecen en varias localidades ambulatorias, tales como los departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés). Servicios brindados en CORF requieren pre-autorización. Estos servicios están sujetos a los topes establecidos por Medicare para servicios de rehabilitación. Solicite a su proveedor validar si el servicio que necesita está disponible antes de prestarlo.
Ambulancia	Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro	Transportación no-emergente requiere pre-autorización.



ELA Óptimo Plus

(PPO)



Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
Transportación	Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro	Cubrimos 30 viajes (en una sola dirección) por año para citas médicas en cualquier facilidad médica y recogido de medicamentos recetados en farmacias. Los métodos de transportación incluyen, pero no se limitan a: Taxis, autobuses, van u otros medios de transporte disponibles, como automóviles a través de un proveedor contratado.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Dentro de la Red: Usted no paga nada por medicamentos de terapia respiratoria. Dentro de la Red: 5% coaseguro por otros medicamentos de la Parte B. Fuera de la Red: 20% coaseguro	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización. Terapia Escalonada puede aplicar para: Parte B a Parte B, Parte B a Parte D, Parte D a Parte B.
Cirugía Ambulatoria: ○ Centro de cirugía ambulatoria ○ Facilidad ambulatoria en un hospital	○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.



ELA Óptimo Plus


(PPO)

Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
<p>Servicios de Rehabilitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visita de terapia ocupacional ○ Visita de terapia del habla / lenguaje 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: \$5 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: \$5 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro 	<p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se ofrecen en varias localidades ambulatorias, tales como los departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).</p> <p>Servicios brindados en CORF requieren pre-autorización.</p> <p>Estos servicios están sujetos a los topes establecidos por Medicare para servicios de rehabilitación.</p> <p>Solicite a su proveedor validar si el servicio que necesita está disponible antes de prestarlo.</p>
<p>Cuidado de los Pies (Servicios de Podiatría):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen y tratamiento de los pies ○ Cuidado rutinario de los pies 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: \$5 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: \$5 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro 	<p>Usted no paga nada en las Clínicas SALUS. Otros proveedores están disponibles en nuestra red.</p> <p>Hasta seis (6) visitas de cuidado rutinario de los pies cada año, incluyendo la visita inicial.</p>



ELA Óptimo Plus

(PPO)

Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
<p>Equipo Médico y Suplidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Equipo Médico Duradero (Ej. silla de ruedas, oxígeno) ○ Protésicos (Ej. brazos, extremidades artificiales) ○ Suplidos médicos ○ Suplidos para la diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: Usted no paga nada. Fuera de la Red: 20% coaseguro 	<p>Algunos equipos médicos duraderos, prótesis y suplidos médicos pueden requerir pre-autorización.</p> 
<p>Programa de Bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Programa de Bienestar ○ Teleconsulta ○ Teleconsejo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. 	<p>Este programa provee material de educación para la salud, intervenciones grupales y educación telefónica sobre nutrición y manejo del peso basado en su perfil de salud.</p> <p>Línea de enfermería para consultas de salud, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los afiliados pueden llamar al 1-800-255-4375.</p> <p>Línea de apoyo emocional disponible 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los afiliados pueden llamar al 1-877-879-5964.</p>

ELA Óptimo Plus

(PPO)

Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
<p>Quiropráctico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visitas cubiertas por Medicare para corregir subluxación ○ Visitas de rutina 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: \$5 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: \$5 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro 	<p>Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxación (cuando uno o más de sus huesos de la columna vertebral se mueven de posición).</p> <p>Hasta quince (15) visitas de rutina al quiropráctico cada año, incluyendo la visita inicial.</p>
<p>Servicios Adicionales de Telemedicina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultas con un Médico Primario ○ Consultas con Especialistas ○ Consultas para Servicios de Educación de Condiciones Renales ○ Consultas para el Adiestramiento de Automanejo de Diabetes ○ Consultas Individuales con un Psiquiatra o Psicólogo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ \$5 copago ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. 	<p>Usted tiene la opción de recibir estos servicios en una visita en persona o por medio de Telemedicina. Si escoge recibir estos servicios por medio de Telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por medio de Telemedicina.</p> <p>Comuníquese con su médico para validar si ofrece los servicios de Telemedicina adicional y le provea la información sobre el medio de contacto a utilizar.</p> <p>Estos servicios no están cubiertos fuera de la red.</p> <p>Por favor, vea el beneficio de <i>Servicios de médicos / practicantes, incluyendo las visitas al consultorio del médico</i>, en su Evidencia de Cubierta para detalles sobre cómo utilizar estos servicios.</p>



ELA Óptimo Plus

(PPO)



Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis (6) niveles de costo-compartido. La cantidad que usted paga dependerá de la farmacia que escoja y cuando cambie de una etapa a otra dentro del beneficio de la Parte D (Etapa de Cubierta Inicial, Etapa de Cubierta en la Brecha y Etapa de Cubierta Catastrófica).

Para información adicional sobre el costo-compartido de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o acceda la Evidencia de Cubierta en nuestra página de internet.

Etapa 1: Etapa de Cubierta Inicial

	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 90-días	Medicamentos por correo
Nivel 1: Genérico Preferido	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 2: Genérico	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 3: Marca Preferida	\$8 copago	\$16 copago	\$16 copago
Nivel 4: Marca No-Preferida	\$10 copago	\$20 copago	\$20 copago
Nivel 5: Medicamentos Especializados	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.

	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 90-días
Nivel 1: Genérico Preferido	\$2 copago	\$4 copago
Nivel 2: Genérico	\$8 copago	\$16 copago
Nivel 3: Marca Preferida	\$15 copago	\$30 copago
Nivel 4: Marca No-Preferida	\$20 copago	\$40 copago
Nivel 5: Medicamentos Especializados	25% coaseguro	25% coaseguro



ELA Óptimo Plus

(PPO)

	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 90-días
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	\$2 copago	\$4 copago

Etapa 2: Etapa de Cubierta en la Brecha

Durante la Etapa de Cubierta en la Brecha, usted paga no más del 25% del costo por sus medicamentos genéricos y de marca (además de una parte del costo de suplido).

Sin embargo, usted recibe cierto grado de cubierta para los medicamentos recetados según se describe en la tabla a continuación.

	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 90-días	Medicamentos por correo
Nivel 1: Genérico Preferido	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 2: Genérico	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.

	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 90-días
Nivel 1: Genérico Preferido	\$2 copago	\$4 copago
Nivel 2: Genérico	\$8 copago	\$16 copago
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	\$2 copago	\$4 copago



ELA Óptimo Plus

(PPO)

Etapa 3: Etapa de Cubierta Catastrófica

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será la cantidad que sea mayor entre el:
 - Coaseguro del 5% del costo del medicamento;
 - O, \$3.95 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$9.85 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto del costo.**



ELA Óptimo Plus

(PPO)

Beneficios Suplementarios

Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
Cubierta Mundial para Cuidado de Emergencia / Urgencia	Usted no paga nada.	Cubrimos las visitas de emergencia / urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios como un beneficio suplementario. Los servicios están cubiertos por reembolso de acuerdo con las tarifas de Triple-S Advantage, Inc. Límite máximo de cubierta de hasta \$100.00 por costos incurridos por servicios de cuidado de emergencia / urgencia.
Medicina Alternativa / Acupuntura: <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicina alternativa ○ Acupuntura 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red: \$15 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro ○ Dentro de la Red: \$15 copago Fuera de la Red: 20% coaseguro 	Hasta doce (12) visitas combinadas cada año.
Medicamentos para la Disfunción Eréctil	Nivel 2: Genérico <ul style="list-style-type: none"> ○ Sildenafil Citrate (25, 50 y 100 mg) ○ Tadalafil (10 mg y 20 mg) Nivel 4: Marca No-Preferida <ul style="list-style-type: none"> ○ Cialis (10 y 20 mg) ○ Viagra (25, 50 y 100 mg) 	Hasta seis (6) pastillas por mes.
Beneficio Nutricional / Dietético	Usted no paga nada.	Un máximo de cuatro (4) visitas individuales al año a un nutricionista.



ELA Óptimo Plus

(PPO)

Beneficios Suplementarios

Servicios y Beneficios	ELA Óptimo Plus (PPO)	Qué debe saber
Medicamentos y Artículos Fuera del Recetario (OTC, por sus siglas en inglés)	<p>Usted no paga nada.</p> <p>\$75 cada 3 meses</p>	<p>Algunas categorías cubiertas son:</p> <p>Analgésicos - no narcóticos, agentes ano-rectales, antidiarreicos, antieméticos, gotas artificiales y lubricantes para los ojos, medicamentos para la alergia, catarro y resfriado, agentes dermatológicos, laxantes, minerales y electrolitos, multi-vitaminas, agentes nasales, nutrientes (omega 3 ó aceite de pescado), agentes óticos, disuasivos para dejar de fumar, productos vaginales, vitaminas, pañales para adultos y almohadillas.</p> <p>Un monitor de presión arterial cada cinco (5) años.</p> <p>El plan pagará el artículo hasta alcanzar el límite de cubierta trimestral. El afiliado debe pagar la diferencia de existir alguna, y cualquier impuesto aplicable. Las cantidades deben utilizarse en su totalidad ya que no se acumulan de trimestre en trimestre.</p> <p>Los trimestres se manejan de acuerdo con los trimestres calendario según descrito a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 de enero al 31 de marzo, • 1 de abril al 30 de junio, • 1 de julio al 30 de septiembre y 1 de octubre al 31 de diciembre



ELA Óptimo Plus

(PPO)

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargo para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).



ANEJO 4
TRIPLE- S ADVANTAGE, INC.
ELA TITÁN PLUS



ELA TITÁN PLUS

(HMO-POS)



RESUMEN DE BENEFICIOS

2022



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

RESUMEN DE BENEFICIOS 2022

SOBRE ESTE PLAN

ELA Titán Plus (HMO-POS) es un plan HMO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación en el plan depende de la renovación del contrato.

Triple-S Advantage, Inc. es una organización de cuidado coordinado (HMO, por sus siglas en inglés), con un contrato con Medicare. La afiliación en Triple-S Advantage, Inc. depende de la renovación de contrato. Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Para afiliarse a **ELA Titán Plus (HMO-POS)** debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B, ser un ciudadano de EE.UU., cumplir con los requisitos de elegibilidad de su patrono o estar legalmente en los Estados Unidos y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los 78 municipios en Puerto Rico.



ADQUIRIENDO CUIDADO

ELA Titán Plus (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza un proveedor que no está en nuestra red, el plan podría no pagar por estos servicios. Bajo este plan, tiene una opción de **Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés)**. La opción POS le permite utilizar médicos y hospitales fuera de la red de proveedores del plan. Usted puede recibir algunos servicios cubiertos por el plan de parte de proveedores que no sean de la red, pero tendrá que pagar un costo compartido mayor al que usted pagaría cuando usa proveedores de la red.

Proveedores fuera de la red/no-contratados no están bajo ninguna obligación para tratar afiliados de Triple-S Advantage, Inc., excepto en situaciones de emergencia. Por favor, llame al número de Servicios al Afiliado o vea su Evidencia de Cubierta para más información, incluyendo el costo compartido que aplica para servicios fuera de la red. Para una decisión respecto a si cubriremos un servicio fuera de la red, le exhortamos a usted o su proveedor que nos pida una determinación organizacional antes de recibir el servicio.

Puede visitar www.sssadvantage.com para ver el Directorio de Proveedores y Farmacias de su plan. Usted también puede ver el Formulario completo del plan (lista de medicamentos

ELA Titán Plus

(HMO-POS)

recetados de la Parte D) para ver qué medicamentos están cubiertos y si hay algunas restricciones.

El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Recibirá notificación cuando sea necesario.

SI TIENE PREGUNTAS

Para más información, favor de llamar a Servicios al Afiliado al número de teléfono a continuación o visite nuestra página de internet www.sssadvantage.com.

Si usted es un afiliado a nuestro plan, puede llamar libre de costo al **1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)**. Si usted no es un afiliado a nuestro plan, puede llamar libre de costo al **1-877-207-8777 (TTY/TDD 1-866-620-2520)**. Nos puede llamar de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., horario del Atlántico.

Si desea conocer más acerca de la cubierta y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual **"Medicare y Usted"**. Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Este documento está disponible en inglés, libre de costo.

Este documento también está disponible en otros formatos como braille, texto agrandado y audio. Por favor, llame a Servicios al Afiliado si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje.



BENEFICIOS CUBIERTOS Y LIMITACIONES

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No muestra todos los servicios que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la Evidencia de Cubierta

ELA Titán Plus

(HMO-POS)

llamando a Servicios al Afiliado o visitando nuestra página de internet www.sssadvantage.com.

En la opción de **Punto de Servicio (POS)** para servicios fuera de la red, usted tiene un límite de beneficio máximo de \$10,000 por año para algunos servicios.

Los servicios cubiertos fuera de la red bajo la Opción Punto de Servicio (POS) pueden ser sometidos a través de reembolso. Los pagos estarán sujetos a que el servicio esté cubierto y sea médicamente necesario, y la tarifa a pagar por el servicio no será necesariamente la tarifa presentada por el proveedor que prestó el servicio, menos el coaseguro correspondiente de su cubierta y siguiendo los límites monetarios de cada beneficio.

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios en adición a los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Beneficios, prima y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

H5774_22EGWP012S_M



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
Prima Mensual del Plan	\$100 prima mensual	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción Mensual de la Prima de la Parte B de Medicare	\$100 por mes	Esto significa que su prima de la Parte B será menor mientras sea afiliado de ELA Titán Plus.
Deducible	Usted no paga nada.	Este plan no tiene deducible.
Gasto Máximo de su Bolsillo (no incluye recetas de medicamentos)	\$3,400 anualmente.	Lo más que usted pagará en copagos, coaseguros y otros gastos en servicios médicos durante el año.
Cubierta de Cuidado Hospitalario	Red de Proveedores Preferida: Usted no paga nada. Red de Proveedores: \$50 copago por admisión. Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	Este plan cubre un número ilimitado de días para una estadía hospitalaria.
Cubierta de Servicios Ambulatorios en el Hospital	<ul style="list-style-type: none"> ○ \$15 copago 	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.
Cubierta de Observación	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	
Visita al Médico:		Cirugías y procedimientos en la oficina de un médico pueden requerir pre-autorización.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Primario ○ Especialista 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Red de Proveedores Preferida: Usted no paga nada. Red de Proveedores: \$5 copago 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía y/o procedimientos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Red de Proveedores Preferida: 	



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
en la oficina de un médico	Usted no paga nada. Red de Proveedores: \$5 copago Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	
Cuidado Preventivo	Usted no paga nada. Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	Cualquier otro servicio preventivo que sea aprobado por Medicare durante el año contrato será cubierto.
Cuidado de Emergencia	\$25 copago	Si es admitido al hospital dentro de las 24 horas por la misma condición para la cual fue evaluado en la sala de emergencia, no paga por la visita a la sala de emergencia. Los servicios en los Estados Unidos también pueden ser manejados a través de reembolso de acuerdo con las tarifas de Medicare y la ubicación donde se proporcionaron los servicios, menos el copago.
Cuidado de Urgencia	Usted no paga nada.	Los servicios en los Estados Unidos también pueden ser manejados a través de reembolso de acuerdo con las tarifas de Medicare y la ubicación donde se proporcionaron los servicios, menos el copago.



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Servicios Diagnósticos / Laboratorios / Imagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de radiología diagnóstica (Ej. MRI) ○ Servicio de laboratorio ○ Rayos-X ○ Procedimientos y pruebas diagnósticas ○ Servicios de radiología terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> ○ \$25 copago ○ Red de Proveedores Preferida: Usted no paga nada. Red de Proveedores: 20% coaseguro ○ Usted no paga nada. ○ Red de Proveedores Preferida: Usted no paga nada. Red de Proveedores: 20% coaseguro ○ Usted no paga nada. <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Usted no paga nada en las Clínicas SALUS. Otros proveedores están disponibles en nuestra red.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.</p>



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Servicios de Audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de audición ○ Examen de audición de rutina ○ Ajuste / evaluación de aparato auditivo ○ Aparato auditivo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Un (1) examen de audición de rutina cada año.</p> <p>Un (1) ajuste / evaluación de aparatos auditivos cada año.</p> <p>Hasta \$1,000 cada año para aparatos auditivos.</p>





ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Servicios Dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Preventivos: Examen oral, limpieza, fluoruro y rayos-X ○ Comprensivos: Endodoncia, prostodoncia (puentes, coronas, Root Canal, dentaduras flexibles, etc.), cirugía oral/maxilofacial, servicios restaurativos, periodoncia y otros servicios generales 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ 20% coaseguro <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Una (1) limpieza cada seis meses. ● Radiografía dental ● Un (1) tratamiento de fluoruro cada seis meses. ● Un (1) examen oral cada seis meses. <p>Hasta \$1,500 de límite de cubierta del plan para beneficios dentales suplementarios comprensivos cada año.</p> <p>Se aplica un límite máximo de beneficios para algunos servicios.</p> <p>Los servicios dentales comprensivos pueden requerir pre-autorización. Pregúntele a su dentista si el servicio que necesita requiere pre-autorización antes de proporcionarlo.</p> <p>Por favor, vea el beneficio en su Evidencia de Cubierta para detalles sobre limitaciones y cómo utilizar estos servicios.</p>



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
Servicios de Visión: <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de la vista ○ Examen de la vista rutinario ○ Un (1) par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas ○ Lentes de contacto, espejuelos (montura y lentes), monturas de espejuelos, lentes de espejuelos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. <p>(Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Uno (1) cada año.</p> <p>Uno (1) cada año.</p> <p>Hasta \$500 para espejuelos recetados (montura y lentes) o lentes de contacto cada año.</p> <p>Usted es responsable del saldo que exceda el monto del beneficio estipulado en su cubierta.</p>
Servicios de Salud Mental: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hospitalización ○ Visitas de terapias individuales ○ Visitas de terapias grupales ○ Hospitalización parcial 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ \$5 copago por sección. ○ \$5 copago por sección. ○ \$5 copago 	<p>Límite de por vida de hasta ciento noventa (190) días para servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Algunos servicios de hospitalización parcial pueden requerir pre-autorización.</p>



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
	Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	
Facilidad de Enfermería Diestra (SNF, por sus siglas en inglés)	Usted no paga nada. Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	Hasta cien (100) días en un SNF por período de beneficios. Se requiere una estadía hospitalaria previa de tres (3) días. Requiere pre-autorización.
Terapia Física	\$5 copago Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se ofrecen en varias localidades ambulatorias, tales como los departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés). Servicios brindados en CORF requieren pre-autorización. Estos servicios están sujetos a los topes establecidos por Medicare para servicios de rehabilitación. Solicite a su proveedor validar si el servicio que necesita está disponible antes de prestarlo.
Ambulancia	Usted no paga nada. Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	Transportación no-emergente requiere pre-autorización.



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
Transportación	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Cubrimos 24 viajes (en una sola dirección) por año para citas médicas en cualquier facilidad médica y recogido de medicamentos recetados en farmacias.</p> <p>Los métodos de transportación incluyen, pero no se limitan a: Taxis, autobuses, van u otros medios de transporte disponibles, como automóviles a través de un proveedor contratado.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Usted no paga nada por medicamentos de terapia respiratoria.</p> <p>20% coaseguro por medicamentos de la Parte B.</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.</p> <p>Terapia Escalonada puede aplicar para: Parte B a Parte B, Parte B a Parte D, Parte D a Parte B.</p>
<p>Cirugía Ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Centro de cirugía ambulatoria ○ Facilidad ambulatoria en un hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ○ \$15 copago ○ \$15 copago <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.</p>



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Servicios de Rehabilitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visita de terapia ocupacional ○ Visita de terapia del habla / lenguaje 	<ul style="list-style-type: none"> ○ \$5 copago ○ \$5 copago <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se ofrecen en varias localidades ambulatorias, tales como los departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).</p> <p>Servicios brindados en CORF requieren pre-autorización.</p> <p>Estos servicios están sujetos a los topes establecidos por Medicare para servicios de rehabilitación.</p> <p>Solicite a su proveedor validar si el servicio que necesita está disponible antes de prestarlo.</p>
<p>Cuidado de los Pies (Servicios de Podiatría):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen y tratamiento de los pies ○ Cuidado rutinario de los pies 	<ul style="list-style-type: none"> ○ \$5 copago ○ \$5 copago <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Usted no paga nada en las Clínicas SALUS. Otros proveedores están disponibles en nuestra red.</p> <p>Hasta seis (6) visitas de cuidado rutinario de los pies cada año, incluyendo la visita inicial.</p>



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Equipo Médico y Suplidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Equipo Médico Duradero (Ej. silla de ruedas, oxígeno) ○ Prostéticos (Ej. braces, extremidades artificiales) ○ Suplidos médicos ○ Suplidos para la diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marcas y manufactureros preferidos: Usted no paga nada. <p>Marcas y manufactureros no preferidos: 20% coaseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ortóticos y prótesis no implantadas quirúrgicamente: Usted no paga nada. <p>Prótesis implantadas quirúrgicamente, sistema urinario y dispositivo prostético neuro-estimulador: 20% coaseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Marcas y manufactureros preferidos: Usted no paga nada. <p>Marcas y manufactureros no preferidos: 20% coaseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Algunos equipos médicos duraderos, prótesis y suplidos médicos pueden requerir pre-autorización.</p>





ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Programa de Bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Programa de Bienestar ○ Teleconsulta ○ Teleconsejo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. 	<p>Este programa provee material de educación para la salud, intervenciones grupales y educación telefónica sobre nutrición y manejo del peso basado en su perfil de salud.</p> <p>Línea de enfermería para consultas de salud, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los afiliados pueden llamar al 1-800-255-4375.</p> <p>Línea de apoyo emocional disponible 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los afiliados pueden llamar al 1-877-879-5964.</p> <p>Estos servicios no están cubiertos fuera de la red.</p>
<p>Quiropráctico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visitas cubiertas por Medicare para corregir subluxación ○ Visitas de rutina 	<ul style="list-style-type: none"> ○ \$5 copago ○ \$5 copago <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxación (cuando uno o más de sus huesos de la columna vertebral se mueven de posición).</p> <p>Hasta quince (15) visitas de rutina al quiropráctico cada año, incluyendo la visita inicial.</p>



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Servicios Adicionales de Telemedicina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultas con un Médico Primario ○ Consultas con Especialistas ○ Consultas para Servicios de Educación de Condiciones Renales ○ Consultas para el Adiestramiento de Automanejo de Diabetes ○ Consultas Individuales con un Psiquiatra o Psicólogo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Red de Proveedores Preferida: Usted no paga nada. Red de Proveedores: \$5 copago ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ \$5 copago por sesión. 	<p>Usted tiene la opción de recibir estos servicios en una visita en persona o por medio de Telemedicina. Si escoge recibir estos servicios por medio de Telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por medio de Telemedicina.</p> <p>Comuníquese con su médico para validar si ofrece los servicios de Telemedicina adicional y le provea la información sobre el medio de contacto a utilizar.</p> <p>Estos servicios no están cubiertos fuera de la red.</p> <p>Por favor, vea el beneficio de Servicios de médicos / practicantes, incluyendo las visitas al consultorio del médico, en su Evidencia de Cubierta para detalles sobre cómo utilizar estos servicios.</p>





ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis (6) niveles de costo-compartido. La cantidad que usted paga dependerá de la farmacia que escoja y cuando cambie de una etapa a otra dentro del beneficio de la Parte D (Etapa de Cubierta Inicial, Etapa de Cubierta en la Brecha y Etapa de Cubierta Catastrófica).

Para información adicional sobre el costo-compartido de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o acceda la Evidencia de Cubierta en nuestra página de internet.

Etapa 1: Etapa de Cubierta Inicial

	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 90-días	Medicamentos por correo
Nivel 1: Genérico Preferido	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 2: Genérico	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 3: Marca Preferida	\$5 copago	\$10 copago	\$10 copago
Nivel 4: Marca No-Preferida	\$10 copago	\$20 copago	\$20 copago
Nivel 5: Medicamentos Especializados	30% coaseguro	30% coaseguro	30% coaseguro
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.

	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 90-días
Nivel 1: Genérico Preferido	\$2 copago	\$4 copago
Nivel 2: Genérico	\$2 copago	\$4 copago
Nivel 3: Marca Preferida	\$10 copago	\$20 copago
Nivel 4: Marca No-Preferida	\$20 copago	\$40 copago



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 90-días
Nivel 5: Medicamentos Especializados	30% coaseguro	30% coaseguro
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	\$2 copago	\$4 copago

Etapa 2: Etapa de Cubierta en la Brecha

Durante la Etapa de Cubierta en la Brecha, usted paga no más del 25% del costo por sus medicamentos genéricos y de marca (además de una parte del costo de suplido).

Sin embargo, en usted recibe cierto grado de cubierta para los medicamentos recetados según se describe en la tabla a continuación.

	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 90-días	Medicamentos por correo
Nivel 1: Genérico Preferido	\$5 copago	\$10 copago	\$10 copago
Nivel 2: Genérico	\$5 copago	\$10 copago	\$10 copago
Nivel 3: Marca Preferida	\$15 copago	\$30 copago	\$30 copago
Nivel 4: Marca No- Preferida	\$25 copago	\$50 copago	\$50 copago
Nivel 5: Medicamentos Especializados	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.

	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 90-días
Nivel 1: Genérico Preferido	\$10 copago	\$20 copago
Nivel 2: Genérico	\$10 copago	\$20 copago



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 90-días
Nivel 3: Marca Preferida	\$25 copago	\$50 copago
Nivel 4: Marca No-Preferida	\$40 copago	\$80 copago
Nivel 5: Medicamentos Especializados	25% coaseguro	25% coaseguro
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	\$2 copago	\$4 copago

Etapa 3: Etapa de Cubierta Catastrófica

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será la cantidad que sea mayor entre el:
 - Coaseguro del 5% del costo del medicamento;
 - O, \$3.95 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$9.85 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Beneficios Suplementarios

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
Cubierta Mundial para Cuidado de Emergencia / Urgencia	\$25 copago	Cubrimos las visitas de emergencia / urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios como un beneficio suplementario. Los servicios están cubiertos por reembolso de acuerdo con las tarifas de Triple-S Advantage, Inc.
Medicina Alternativa / Acupuntura:		Hasta doce (12) visitas combinadas cada año.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Medicina alternativa ○ Acupuntura 	<ul style="list-style-type: none"> ○ \$15 copago ○ \$15 copago <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	
Medicamentos para la Disfunción Eréctil	<p>Nivel 2: Genérico</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sildenafil Citrate (25, 50 y 100 mg) ○ Tadalafil (10 mg y 20 mg) <p>Nivel 4: Marca No-Preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cialis (10 y 20 mg) ○ Viagra (25, 50 y 100 mg) 	Hasta seis (6) pastillas por mes.
Beneficio Nutricional / Dietético	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	Un máximo de cuatro (4) visitas individuales al año a un nutricionista.



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Beneficios Suplementarios

Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
Medicamentos y Artículos Fuera del Recetario (OTC, por sus siglas en inglés)	<p>Usted no paga nada.</p> <p>\$75 cada 3 meses</p>	<p>Algunas categorías cubiertas son:</p> <p>Analgésicos - no narcóticos, agentes ano-rectales, antidiarreicos, antieméticos, gotas artificiales y lubricantes para los ojos, medicamentos para la alergia, catarro y resfriado, agentes dermatológicos, laxantes, minerales y electrolitos, multi-vitaminas, agentes nasales, nutrientes (omega 3 ó aceite de pescado), agentes óticos, disuasivos para dejar de fumar, productos vaginales, vitaminas, pañales para adultos y almohadillas.</p> <p>Un monitor de presión arterial cada cinco (5) años.</p> <p>El plan pagará el artículo hasta alcanzar el límite de cubierta trimestral. El afiliado debe pagar la diferencia de existir alguna, y cualquier impuesto aplicable. Las cantidades deben utilizarse en su totalidad ya que no se acumulan de trimestre en trimestre.</p> <p>Los trimestres se manejan de acuerdo con los trimestres calendario según descrito a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 de enero al 31 de marzo, • 1 de abril al 30 de junio, • 1 de julio al 30 de septiembre y • 1 de octubre al 31 de diciembre <p>Estos servicios no están cubiertos fuera de la red.</p>



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Beneficios Suplementarios		
Servicios y Beneficios	ELA Titán Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos	Usted no paga nada.	<p>\$75 cada 3 meses para la compra de alimentos, cargos por entrega de alimentos, limpieza del hogar realizada por un profesional, compra de gasolina a través de comercios contratados y pago de utilidades restringidas a agua, electricidad, internet, teléfono, cable tv/satélite a través de un comercio contratado.</p> <p>Elegibilidad para usar su beneficio de transportación a destinos no médicos, tales como el banco, iglesia y supermercados.</p> <p>Para ser elegible, usted debe cumplir con todo lo indicado a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que ponen en peligro su vida o limitan significativamente su salud general o su función. Para un listado detallado de las condiciones crónicas aplicables, consulte su Evidencia de Cubierto (Cap. 4, Sección 2.1). • Tener alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y • Requerir coordinación de cuidados intensivos.



ELA Titán Plus

(HMO-POS)

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. **ATENCIÓN:** Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargo para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).



ANEJO 4
TRIPLE- S ADVANTAGE, INC.
ELA ROYAL PLUS



ELA ROYAL PLUS

(HMO-POS)



RESUMEN DE BENEFICIOS

2022



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

RESUMEN DE BENEFICIOS 2022

SOBRE ESTE PLAN

ELA Royal Plus (HMO-POS) es un plan HMO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación en el plan depende de la renovación del contrato.

Triple-S Advantage, Inc. es una organización de cuidado coordinado (HMO, por sus siglas en inglés), con un contrato con Medicare. La afiliación en Triple-S Advantage, Inc. depende de la renovación de contrato. Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Para afiliarse a **ELA Royal Plus (HMO-POS)** debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B, ser un ciudadano de EE.UU., cumplir con los requisitos de elegibilidad de su patrono, o estar legalmente en los Estados Unidos y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los 78 municipios en Puerto Rico.

ADQUIRIENDO CUIDADO

ELA Royal Plus (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza un proveedor que no está en nuestra red, el plan podría no pagar por estos servicios. Bajo este plan, tiene una opción de **Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés)**. La opción POS le permite utilizar médicos y hospitales fuera de la red de proveedores del plan. Usted puede recibir algunos servicios cubiertos por el plan de parte de proveedores que no sean de la red, pero tendrá que pagar un costo compartido mayor al que usted pagaría cuando usa proveedores de la red.

Proveedores fuera de la red/no-contratados no están bajo ninguna obligación para tratar afiliados de Triple-S Advantage, Inc., excepto en situaciones de emergencia. Por favor, llame al número de Servicios al Afiliado o vea su Evidencia de Cubierta para más información, incluyendo el costo compartido que aplica para servicios fuera de la red. Para una decisión respecto a si cubriremos un servicio fuera de la red, le exhortamos a usted o su proveedor que nos pida una determinación organizacional antes de recibir el servicio.

Puede visitar www.sssadvantage.com para ver el Directorio de Proveedores y Farmacias de su plan. Usted también puede ver el Formulario completo del plan (lista de medicamentos



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

recetados de la Parte D) para ver qué medicamentos están cubiertos y si hay algunas restricciones.

El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Recibirá notificación cuando sea necesario.

SI TIENE PREGUNTAS

Para más información, favor de llamar a Servicios al Afiliado al número de teléfono a continuación o visite nuestra página de internet www.sssadvantage.com.

Si usted es un afiliado a nuestro plan, puede llamar libre de costo al **1-888-620-1919** (TTY/TDD **1-866-620-2520**). Si usted no es un afiliado a nuestro plan, puede llamar libre de costo al **1-877-207-8777** (TTY/TDD **1-866-620-2520**). Nos puede llamar de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., horario del Atlántico.

Si desea conocer más acerca de la cubierta y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "**Medicare y Usted**". Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Este documento está disponible en inglés, libre de costo.

Este documento también está disponible en otros formatos como braille, texto agrandado y audio. Por favor, llame a Servicios al Afiliado si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje.



BENEFICIOS CUBIERTOS Y LIMITACIONES

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No muestra todos los servicios que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la Evidencia de Cubierta

ELA Royal Plus

(HMO-POS)

llamando a Servicios al Afiliado o visitando nuestra página de internet www.sssadvantage.com.

En la opción de **Punto de Servicio (POS)** para servicios fuera de la red, usted tiene un límite de beneficio máximo de \$10,000 por año para algunos servicios.

Los servicios cubiertos fuera de la red bajo la Opción Punto de Servicio (POS) pueden ser sometidos a través de reembolso. Los pagos estarán sujetos a que el servicio esté cubierto y sea médicamente necesario, y la tarifa a pagar por el servicio no será necesariamente la tarifa presentada por el proveedor que prestó el servicio, menos el coaseguro correspondiente de su cubierta y siguiendo los límites monetarios de cada beneficio.

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios en adición a los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Beneficios, prima y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

H5774_22EGWP010S_M



ELA Royal Plus



(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
Prima Mensual del Plan	\$100 prima mensual	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción Mensual de la Prima de la Parte B de Medicare	\$50 por mes	Esto significa que su prima de la Parte B será menor mientras sea afiliado de ELA Royal Plus.
Deducible	Usted no paga nada.	Este plan no tiene deducible.
Gasto Máximo de su Bolsillo (no incluye recetas de medicamentos)	\$3,400 anualmente.	Lo más que usted pagará en copagos, coaseguros y otros gastos en servicios médicos durante el año.
Cubierta de Cuidado Hospitalario	Usted no paga nada. Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	Este plan cubre un número ilimitado de días para una estadía hospitalaria.
Cubierta de Servicios Ambulatorios en el Hospital	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. 	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.
Cubierta de Observación	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	
Visita al Médico:		Cirugías y procedimientos en la oficina de un médico pueden requerir pre-autorización.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Primario ○ Especialista ○ Cirugía y/o procedimientos en la oficina de un médico 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	
Cuidado Preventivo	Usted no paga nada. Fuera de la Red	Cualquier otro servicio preventivo que sea aprobado por Medicare durante el año contrato será cubierto.



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
	(Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	
Cuidado de Emergencia	\$25 copago	<p>Si es admitido al hospital dentro de las 24 horas por la misma condición para la cual fue evaluado en la sala de emergencia, no paga por la visita a la sala de emergencia.</p> <p>Los servicios en los Estados Unidos también pueden ser manejados a través de reembolso de acuerdo con las tarifas de Medicare y la ubicación donde se proporcionaron los servicios, menos el copago.</p>
Cuidado de Urgencia	Usted no paga nada.	Los servicios en los Estados Unidos también pueden ser manejados a través de reembolso de acuerdo con las tarifas de Medicare y la ubicación donde se proporcionaron los servicios, menos el copago.
Servicios Diagnósticos / Laboratorios / Imagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de radiología diagnóstica (Ej. MRI) ○ Servicio de laboratorio ○ Rayos-X ○ Procedimientos y pruebas diagnósticas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. 	<p>Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.</p>  

ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de radiología terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	
<p>Servicios de Audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de audición ○ Examen de audición de rutina ○ Ajuste / evaluación de aparato auditivo ○ Aparato auditivo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Un (1) examen de audición de rutina cada año.</p> <p>Un (1) ajuste / evaluación de aparatos auditivos cada año.</p> <p>Hasta \$2,500 cada año para aparatos auditivos.</p>



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Servicios Dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Preventivos: Examen oral, limpieza, fluoruro y rayos-X ○ Comprensivos: Endodoncia, prostodoncia (puentes, coronas, Root Canal, dentaduras flexibles, etc.), cirugía oral/maxilofacial, servicios restaurativos, periodoncia y otros servicios generales 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Una (1) limpieza cada seis meses. ● Radiografía dental ● Un (1) tratamiento de fluoruro cada seis meses. ● Un (1) examen oral cada seis meses. <p>Hasta \$3,000 de límite de cubierta del plan para beneficios dentales suplementarios comprensivos cada año.</p> <p>Se aplica un límite máximo de beneficios para algunos servicios.</p> <p>Los servicios dentales comprensivos pueden requerir pre-autorización. Pregúntele a su dentista si el servicio que necesita requiere pre-autorización antes de proporcionarlo.</p> <p>Por favor, vea el beneficio en su Evidencia de Cubierta para detalles sobre limitaciones y cómo utilizar estos servicios.</p>



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Servicios de Visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de la vista ○ Examen de la vista rutinario ○ Un (1) par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas ○ Lentes de contacto, espejuelos (montura y lentes), monturas de espejuelos, lentes de espejuelos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. <p>(Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Uno (1) cada año.</p> <p>Uno (1) cada año.</p> <p>Hasta \$800 para espejuelos recetados (montura y lentes) o lentes de contacto cada año.</p> <p>Usted es responsable del saldo que exceda el monto del beneficio estipulado en su cubierta.</p>
<p>Servicios de Salud Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hospitalización ○ Visitas de terapias individuales ○ Visitas de terapias grupales ○ Hospitalización parcial 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. 	<p>Límite de por vida de hasta ciento noventa (190) días para servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Algunos servicios de hospitalización parcial pueden requerir pre-autorización.</p>



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
	Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	
Facilidad de Enfermería Diestra (SNF, por sus siglas en inglés)	Usted no paga nada. Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	Hasta cien (100) días en un SNF por período de beneficios. Se requiere una estadía hospitalaria previa de tres (3) días. Requiere pre-autorización.
Terapia Física	Usted no paga nada. Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se ofrecen en varias localidades ambulatorias, tales como los departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés). Servicios brindados en CORF requieren pre-autorización. Estos servicios están sujetos a los topes establecidos por Medicare para servicios de rehabilitación. Solicite a su proveedor validar si el servicio que necesita está disponible antes de prestarlo.
Ambulancia	Usted no paga nada. Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro	Transportación no-emergente requiere pre-autorización.



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
Transportación	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Cubrimos 24 viajes (en una sola dirección) por año para citas médicas en cualquier facilidad médica y recogido de medicamentos recetados en farmacias.</p> <p>Los métodos de transportación incluyen, pero no se limitan a: Taxis, autobuses, van u otros medios de transporte disponibles, como automóviles a través de un proveedor contratado.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Usted no paga nada por medicamentos de terapia respiratoria.</p> <p>5% coaseguro por medicamentos de la Parte B.</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.</p> <p>Terapia Escalonada puede aplicar para: Parte B a Parte B, Parte B a Parte D, Parte D a Parte B.</p>
<p>Cirugía Ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Centro de cirugía ambulatoria ○ Facilidad ambulatoria en un hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.</p>



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Servicios de Rehabilitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visita de terapia ocupacional ○ Visita de terapia del habla / lenguaje 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se ofrecen en varias localidades ambulatorias, tales como los departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).</p> <p>Servicios brindados en CORF requieren pre-autorización.</p> <p>Estos servicios están sujetos a los topes establecidos por Medicare para servicios de rehabilitación.</p> <p>Solicite a su proveedor validar si el servicio que necesita está disponible antes de prestarlo.</p>
<p>Cuidado de los Pies (Servicios de Podiatría):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen y tratamiento de los pies ○ Cuidado rutinario de los pies 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Hasta seis (6) visitas de cuidado rutinario de los pies cada año, incluyendo la visita inicial.</p>



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Equipo Médico y Suplidos:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Equipo Médico Duradero (Ej. silla de ruedas, oxígeno)○ Protésicos (Ej. braces, extremidades artificiales)○ Suplidos médicos○ Suplidos para la diabetes	<ul style="list-style-type: none">○ Usted no paga nada.○ Usted no paga nada.○ Usted no paga nada.○ Usted no paga nada. <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Algunos equipos médicos duraderos, prótesis y suplidos médicos pueden requerir pre-autorización.</p>



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Programa de Bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Membresía de gimnasio ○ Programa de Bienestar ○ Teleconsulta ○ Teleconsejo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cubierta máxima de \$25 por mes. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. 	<p>Para el reembolso del beneficio de membresía de gimnasio, someta su solicitud de reembolso al plan con el recibo original.</p> <p>Este programa provee material de educación para la salud, intervenciones grupales y educación telefónica sobre nutrición y manejo del peso basado en su perfil de salud.</p> <p>Línea de enfermería para consultas de salud, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los afiliados pueden llamar al 1-800-255-4375.</p> <p>Línea de apoyo emocional disponible 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los afiliados pueden llamar al 1-877-879-5964.</p> <p>Estos servicios no están cubiertos fuera de la red.</p>
<p>Quiropráctico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visitas cubiertas por Medicare para corregir subluxación ○ Visitas de rutina 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxación (cuando uno o más de sus huesos de la columna vertebral se mueven de posición).</p> <p>Hasta quince (15) visitas de rutina al quiropráctico cada año, incluyendo la visita inicial.</p>



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
<p>Servicios Adicionales de Telemedicina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultas con un Médico Primario ○ Consultas con Especialistas ○ Consultas para Servicios de Educación de Condiciones Renales ○ Consultas para el Adiestramiento de Automanejo de Diabetes ○ Consultas Individuales con un Psiquiatra o Psicólogo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. ○ Usted no paga nada. 	<p>Usted tiene la opción de recibir estos servicios en una visita en persona o por medio de Telemedicina. Si escoge recibir estos servicios por medio de Telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por medio de Telemedicina.</p> <p>Comuníquese con su médico para validar si ofrece los servicios de Telemedicina adicional y le provea la información sobre el medio de contacto a utilizar.</p> <p>Estos servicios no están cubiertos fuera de la red.</p> <p>Por favor, vea el beneficio de <i>Servicios de médicos / practicantes, incluyendo las visitas al consultorio del médico</i>, en su Evidencia de Cubierta para detalles sobre cómo utilizar estos servicios.</p>



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis (6) niveles de costo-compartido. La cantidad que usted paga dependerá de la farmacia que escoja y cuando cambie de una etapa a otra dentro del beneficio de la Parte D (Etapa de Cubierta Inicial, Etapa de Cubierta en la Brecha y Etapa de Cubierta Catastrófica).

Para información adicional sobre el costo-compartido de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o acceda la Evidencia de Cubierta en nuestra página de internet.

Etapa 1: Etapa de Cubierta Inicial

	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 90-días	Medicamentos por correo
Nivel 1: Genérico Preferido	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 2: Genérico	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 3: Marca Preferida	\$5 copago	\$10 copago	\$10 copago
Nivel 4: Marca No-Preferida	\$10 copago	\$20 copago	\$20 copago
Nivel 5: Medicamentos Especializados	30% coaseguro	30% coaseguro	30% coaseguro
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.

	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 90-días
Nivel 1: Genérico Preferido	\$2 copago	\$4 copago
Nivel 2: Genérico	\$2 copago	\$4 copago
Nivel 3: Marca Preferida	\$10 copago	\$20 copago
Nivel 4: Marca No-Preferida	\$20 copago	\$40 copago
Nivel 5: Medicamentos Especializados	30% coaseguro	30% coaseguro



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 90-días
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	\$2 copago	\$4 copago

Etapa 2: Etapa de Cubierta en la Brecha

Durante la Etapa de Cubierta en la Brecha, usted paga no más del 25% del costo por sus medicamentos genéricos y de marca (además de una parte del costo de suplido).

Sin embargo, usted recibe cierto grado de cubierta para los medicamentos recetados según se describe en la tabla a continuación.

	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Preferida al Detal Suplido de 90-días	Medicamentos por correo
Nivel 1: Genérico Preferido	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 2: Genérico	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 3: Marca Preferida	\$5 copago	\$10 copago	\$10 copago
Nivel 4: Marca No- Preferida	\$10 copago	\$20 copago	\$20 copago
Nivel 5: Medicamentos Especializados	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.

	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 90-días
Nivel 1: Genérico Preferido	\$2 copago	\$4 copago
Nivel 2: Genérico	\$2 copago	\$4 copago
Nivel 3: Marca Preferida	\$10 copago	\$20 copago



ELA Royal Plus

(HMO-POS)

	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 30-días	Farmacia Estándar al Detal Suplido de 90-días
Nivel 4: Marca No-Preferida	\$20 copago	\$40 copago
Nivel 5: Medicamentos Especializados	25% coaseguro	25% coaseguro
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	\$2 copago	\$4 copago

Etapa 3: Etapa de Cubierta Catastrófica

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.


- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será la cantidad que sea mayor entre el:
 - Coaseguro del 5% del costo del medicamento;
 - O, \$3.95 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$9.85 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto del costo.**



ELA Royal Plus

(HMO-POS)


Beneficios Suplementarios

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
Cubierta Mundial para Cuidado de Emergencia / Urgencia	\$25 copago	Cubrimos las visitas de emergencia / urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios como un beneficio suplementario. Los servicios están cubiertos por reembolso de acuerdo con las tarifas de Triple-S Advantage, Inc.
Medicina Alternativa / Acupuntura:		Hasta doce (12) visitas combinadas cada año.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Medicina alternativa ○ Acupuntura 	<ul style="list-style-type: none"> ○ \$15 copago ○ \$15 copago <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	
Medicamentos para la Disfunción Eréctil	<p>Nivel 2: Genérico</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sildenafil Citrate (25, 50 y 100 mg) ○ Tadalafil (10 mg y 20 mg) <p>Nivel 4: Marca No-Preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cialis (10 y 20 mg) ○ Viagra (25, 50 y 100 mg) 	<p>Hasta seis (6) pastillas por mes.</p> 
Beneficio Nutricional / Dietético	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% coaseguro</p>	<p>Un máximo de cuatro (4) visitas individuales al año a un nutricionista.</p>
Silla de Baño	<p>Usted no paga nada.</p>	<p>Una (1) silla de baño cada 5 años.</p>
Medicamentos y Artículos Fuera del Recetario (OTC, por	<p>Usted no paga nada.</p> <p>\$175 cada 3 meses</p>	<p>Algunas categorías cubiertas son: Analgésicos - no narcóticos, agentes ano-rectales, antidiarreicos, antieméticos, gotas artificiales y lubricantes para los ojos,</p>

ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Beneficios Suplementarios

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
sus siglas en inglés)		<p>medicamentos para la alergia, catarro y resfriado, agentes dermatológicos, laxantes, minerales y electrolitos, multi-vitaminas, agentes nasales, nutrientes (omega 3 ó aceite de pescado), agentes óticos, disuasivos para dejar de fumar, productos vaginales, vitaminas, pañales para adultos y almohadillas.</p> <p>Un monitor de presión arterial cada cinco (5) años.</p> <p>El plan pagará el artículo hasta alcanzar el límite de cubierta trimestral. El afiliado debe pagar la diferencia de existir alguna, y cualquier impuesto aplicable. Las cantidades deben utilizarse en su totalidad ya que no se acumulan de trimestre en trimestre.</p> <p>Los trimestres se manejan de acuerdo con los trimestres calendario según descrito a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 de enero al 31 de marzo, • 1 de abril al 30 de junio, • 1 de julio al 30 de septiembre y • 1 de octubre al 31 de diciembre <p>Estos servicios no están cubiertos fuera de la red.</p>
Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos	Usted no paga nada.	<p>\$150 cada 3 meses para la compra de alimentos, cargos por entrega de alimentos, limpieza del hogar realizada por un profesional, compra de gasolina a través de comercios contratados y pago de utilidades restringidas a agua, electricidad, internet, teléfono, cable tv/satélite a través de un comercio contratado.</p> <p>Elegibilidad para usar su beneficio de transportación a destinos no médicos, tales como el banco, iglesia y supermercados.</p>

ELA Royal Plus

(HMO-POS)

Beneficios Suplementarios

Servicios y Beneficios	ELA Royal Plus (HMO-POS)	Qué debe saber
		<p>Para ser elegible, usted debe cumplir con todo lo indicado a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que ponen en peligro su vida o limitan significativamente su salud general o su función. Para un listado detallado de las condiciones crónicas aplicables, consulte su Evidencia de Cubierta (Cap. 4, Sección 2.1). • Tener alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y Requerir coordinación de cuidados intensivos.

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. **ATENCIÓN:** Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargo para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).



[Handwritten signature in blue ink]

[Handwritten signature in blue ink]