

## SOBRE ESTE PLAN

**ELA TITÁN (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.

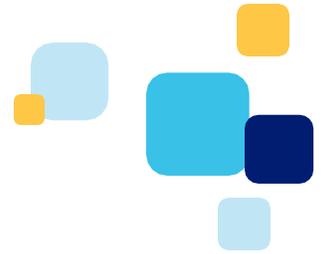
Triple-S Advantage, Inc. es una organización de cuidado coordinado (HMO, por sus siglas en inglés), con un contrato con Medicare. La afiliación a Triple-S Advantage, Inc. depende de la renovación de contrato. Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Para afiliarse a **ELA TITÁN (HMO-POS)** debe tener derecho a Medicare Parte A y estar inscrito en Medicare Parte B, ser un ciudadano de los EE.UU. o estar legalmente en los Estados Unidos, no tener Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), sea retirado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y reciba una contribución del Sistema Central de Retiro, el Sistema de Retiro de Maestros, o sea un dependiente elegible por Medicare de un retirado de gobierno de Puerto Rico y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios en Puerto Rico: Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa, and Yauco.

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

H5774\_20EGWP029S\_M





## ADQUIRIENDO CUIDADO

**ELA TITÁN (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. Nuestra red de proveedores cuenta con 2,471 médicos de cuidado primario, 54 hospitales, 3,864 especialistas, 588 sub-especialistas, 609 laboratorios, 46 salas de emergencias, 1,173 dentistas, 72 centros de imágenes, 1,914 proveedores de otras especialidades, 1,073 farmacias y 8 farmacias especializadas. Bajo este plan, tiene una opción de **Punto de Servicio (POS)**. La opción POS le permite obtener atención de proveedores y hospitales no contratados. Es posible que reciba todos los servicios cubiertos por el plan, pero deberá pagar un costo compartido más alto que el que paga cuando usa proveedores de la red.

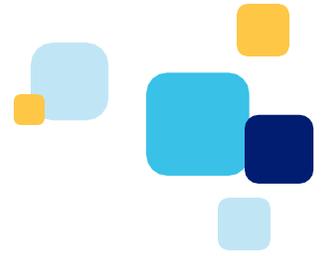
Proveedores fuera de la red/no-contratados no están bajo ninguna obligación para tratar afiliados de Triple-S Advantage, Inc., excepto en situaciones de emergencia. Para una decisión respecto a si cubriremos un servicio fuera de la red, le exhortamos a usted o su proveedor que nos pida una determinación organizacional antes de recibir el servicio. 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.

Puede visitar [www.sssadvantage.com](http://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 que 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 TITÁN (HMO-POS)



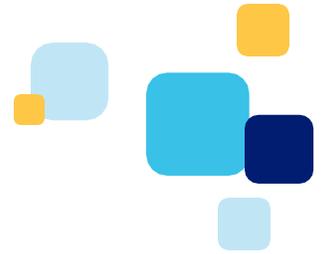
## SI TIENE PREGUNTAS

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](http://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 8:00am a 8:00pm, 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 <http://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, PRIMAS 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 nuestro departamento de Servicios al Afiliado o visitando nuestra página de internet [www.sssadvantage.com](http://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.

Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<b>Prima mensual del plan</b>	\$100	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Reducción mensual de la prima de la Parte B de Medicare</b>	\$50 por mes.	Esto significa que su Prima de la Parte B será menor mientras sea miembro de ELA Titán.
<b>Deducible</b>	Usted no paga nada.	Este plan no tiene deducible.
<b>Gasto Máximo de su Bolsillo (no incluye recetas de medicamentos)</b>	\$3,400 anualmente.	Lo más que usted pagará en copagos, coaseguros y otros gastos en servicios médicos.



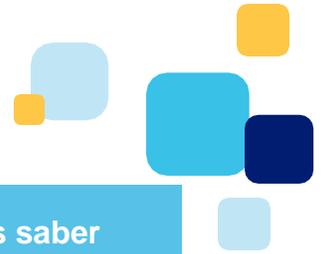
# ELA TITÁN (HMO-POS)



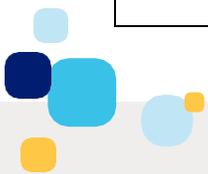
Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<b>Cubierta de Cuidado Hospitalario</b>	Usted no paga nada.  Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.	Este plan cubre un número ilimitado de días para una estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados.
<b>Cubierta de Servicios Ambulatorios en el Hospital</b>	Usted no paga nada.  Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.
<b>Visita al Médico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Primario</li> <li>○ Especialista</li> <li>○ Cirugías y/o procedimientos en la oficina de un médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada.</li> <li>○ Usted no paga nada.</li> <li>○ Usted no paga nada.</li> </ul> Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.	Cirugías y procedimientos en la oficina de un médico pueden requerir pre-autorización
<b>Cuidado Preventivo</b>	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.
<b>Cuidado de Emergencia</b>	\$25 copago.	Si es admitido al hospital dentro de las 24 horas por la misma condición para la cual fueron evaluados en la sala de emergencias, no paga por la visita a la sala de emergencia.  Los servicios en los Estados Unidos también pueden ser manejados a través del reembolso de



# ELA TITÁN (HMO-POS)



Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
		acuerdo con las tarifas de Medicare y la ubicación donde se proporcionaron los servicios, menos el copago.
<b>Cuidado de Urgencia</b>	Usted no paga nada.	Los servicios en los Estados Unidos también pueden ser manejados a través del reembolso de acuerdo con las tarifas de Medicare y la ubicación donde se prestaron los servicios.
<b>Servicios Diagnósticos/ Labs /Imagen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de Radiología Diagnóstica (ej., MRI)</li> <li>○ Servicio de laboratorio</li> <li>○ Procedimientos y Pruebas Diagnósticas</li> <li>○ Rayos X</li> <li>○ Servicios de Radiología Terapéutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada.</li> </ul> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.
<b>Servicios de Audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de audición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada.</li> </ul>	Un (1) examen de audición de rutina cada año.



# ELA TITÁN (HMO-POS)



Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de audición de rutina</li> <li>○ Ajuste / evaluación de aparato auditivo</li> <li>○ Aparato auditivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada.</li> <li>○ Usted no paga nada.</li> <li>○ Usted no paga nada.</li> </ul> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro</p>	<p>Un (1) ajuste / evaluación de aparatos auditivos cada año.</p> <p>Hasta \$1,250 cada 2 años para aparatos auditivos.</p>
<p><b>Servicios Dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Preventivos: Examen Oral, Limpieza, Fluoruro y Rayos-x</li> <li>○ Comprensivos: Endodoncia, Prostodoncia, Cirugía Oral/Maxilofacial, Servicios Restaurativos, Periodoncia y otros servicios generales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada.</li> <li>○ Usted no paga nada.</li> </ul> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Una (1) limpieza; cada seis meses</li> <li>● Radiografía dental</li> <li>● Un (1) tratamiento de fluoruro cada seis meses</li> <li>● Un (1) examen oral casa seis meses.</li> </ul> <p>Hasta \$1,250 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 prestarlo.</p>



# ELA TITÁN (HMO-POS)



Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<p><b>Servicios de Visión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de la vista</li> <li>○ Examen de la vista rutinario</li> <li>○ Un par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas</li> <li>○ Lentes de contacto, espejuelos (montura y lentes), Monturas de espejuelos, Lentes de espejuelos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada.</li> </ul> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	<p>\$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>
<p><b>Servicios de Salud Mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hospitalización</li> <li>○ Visitas de terapias individuales</li> <li>○ Visitas de terapias grupales</li> <li>○ Hospitalización Parcial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada.</li> </ul> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	<p>Límite de por vida de hasta 190 días para servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Algunos servicios de hospitalización parcial pueden requerir pre-autorización.</p>



# ELA TITÁN (HMO-POS)



Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<b>Facilidad de Enfermería Diestra (SNF)</b>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	<p>Hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p>Se requiere una estadía hospitalaria previa de 3 días.</p> <p>Requiere pre-autorización.</p>
<b>Terapia física</b>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	<p>Servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) requiere pre-autorización.</p>
<b>Ambulancia</b>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	<p>Transportación no-emergente requiere pre-autorización.</p>
<b>Transportación</b>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	<p>Cubrimos doce (12) viajes en una sola dirección por año para citas médicas en cualquier facilidad médica y recogido de medicamentos recetados en farmacias.</p> <p>El método de transporte incluye, pero no se limita a taxis, autobuses, van u otros medios de transporte disponibles, como automóviles a través de un proveedor contratado. El servicio debe ser coordinado y contar con la aprobación del plan.</p> <p>Algunos servicios pueden</p>



# ELA TITÁN (HMO-POS)



Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada por medicamentos de terapia respiratoria.</li> <li>○ 5% coaseguro por medicamentos de quimioterapia.</li> <li>○ 5% coaseguro por medicamentos de la Parte B.</li> </ul> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	<p>requerir pre-autorización por excepción al agotar el límite cubierto.</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>
<b>Servicios de Rehabilitación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visita de Terapia Ocupacional</li> <li>○ Visita de terapia del habla/ lenguaje</li> <li>○ Servicios de rehabilitación pulmonar</li> <li>○ Servicios de rehabilitación cardiovascular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada.</li> </ul> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	<p>Servicios en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF) y servicios de rehabilitación pulmonar y cardiovascular requieren pre-autorización.</p>



# ELA TITÁN (HMO-POS)



Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<p><b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen y tratamiento de los pies</li> <li>○ Cuidado rutinario de los pies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada</li> <li>○ Usted no paga nada</li> </ul> <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>
<p><b>Equipo Médico y Suplidos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipo Médico Duradero (ej., silla de ruedas, oxígeno)</li> <li>○ Protéticos (ej., braces, extremidades artificiales)</li> <li>○ Suplidos médicos</li> <li>○ Suplidos para la Diabetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada</li> <li>○ Usted no paga nada</li> <li>○ Usted no paga nada</li> <li>○ Usted no paga nada.</li> </ul> <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 (HMO-POS)



Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<p><b>Programa de Bienestar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Membresía de gimnasio</li> <li>○ Programa de Bienestar</li> <li>○ Teleconsulta</li> <li>○ Teleconsejo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cubierta máxima de \$25 por mes.</li> <li>○ Usted no paga nada.</li> <li>○ Usted no paga nada.</li> <li>○ Usted no paga nada.</li> </ul>	<p>Para el reembolso del beneficio de Membresía de Gimnasio, someta su solicitud de reembolso al plan con el recibo original.</p> <p>Programa de Bienestar; 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>Teleconsulta, línea de enfermería para consultas de salud, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Teleconsejo, línea de apoyo emocional disponible 24 horas, 7 días a la semana.</p>
<p><b>Cirugía ambulatoria</b></p>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.</p>



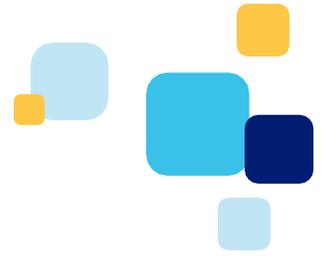
# ELA TITÁN (HMO-POS)



Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<b>Quiropráctico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visitas cubiertas por Medicare para corregir subluxación</li> <li>○ Visitas de rutina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no paga nada.</li> <li>○ Usted no paga nada.</li> </ul> <p>Fuera de la Red: (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	<p>Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación. (Cuando 1 o más de sus huesos de la columna vertebral se mueven de posición)</p> <p>Hasta quince (15) visitas de rutina al quiropráctico, incluyendo la visita inicial.</p>

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios			
Para más información en el costo-compartido adicional de la farmacia y en las fases del beneficio, por favor llámenos o acceda la Evidencia de Cubierta en nuestra página de internet.			
	Rx Preferido al Detal Suplido de 30-días	Rx Preferido al Detal Suplido de 90-días	Rx Medicamentos por correo.
<b>Fase 1: Cubierta Inicial</b>			
<b>Nivel 1: Genérico Preferido</b>	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
<b>Nivel 2: Genérico</b>	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
<b>Nivel 3: Marca Preferida</b>	\$5 copago.	\$10 copago.	\$10 copago.
<b>Nivel 4: Marca No-Preferida</b>	\$10 copago.	\$20 copago.	\$20 copago.
<b>Nivel 5: Medicamentos Especializado</b>	30% coaseguro.	30% coaseguro.	30% coaseguro.
<b>Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos</b>	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.



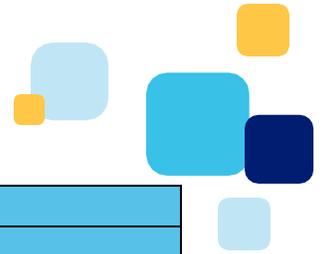


Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios		
<p>Para más información en el costo-compartido adicional de la farmacia y en las fases del beneficio, por favor llámenos o acceda la Evidencia de Cubierta en nuestra página de internet.</p>		
	Rx Estándar al Detal Suplido de 30-días	Rx Estándar al Detal Suplido de 90-días
<b>Fase 1: Cubierta Inicial</b>		
<b>Nivel 1: Genérico Preferido</b>	\$2 copago.	\$4 copago.
<b>Nivel 2: Genérico</b>	\$2 copago.	\$4 copago.
<b>Nivel 3: Marca Preferida</b>	\$10 copago.	\$20 copago.
<b>Nivel 4: Marca No-Preferida</b>	\$20 copago.	\$40 copago.
<b>Nivel 5: Medicamentos Especializado</b>	30% coaseguro.	30% coaseguro.
<b>Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos</b>	\$2 copago.	\$4 copago.

Beneficio Suplementario		
Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<b>Cubierta Mundial cuidado de emergencia/ urgencia</b>	\$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.



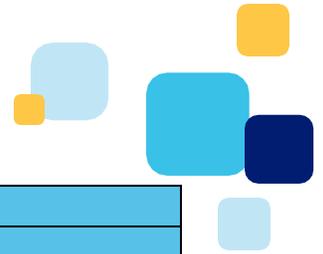
# ELA TITÁN (HMO-POS)



Beneficio Suplementario		
Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<b>Medicina Alternativa/ Acupuntura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medicina Alternativa: \$15 copago.</li> <li>○ Acupuntura: \$15 copago.</li> </ul>	Hasta doce (12) visitas combinadas cada año.
<b>Medicamentos para la disfunción eréctil</b>	<p><b>Sildenafil Citrate (25, 50 y 100mg)</b>                      -Farmacia Preferida - Usted no paga nada.                      -Farmacia Estándar - \$2 copago.</p> <p><b>Tadalafil (10 mg y 20 mg)</b>                      -Farmacia Preferida - Usted no paga nada.                      -Farmacia Estándar - \$2 copago.</p> <p><b>Cialis (10 y 20 mg)</b>                      -Farmacia Preferida - \$10 copago.                      -Farmacia Estándar - \$20 copago.</p> <p><b>Viagra (25, 50 y 100mg)</b>                      -Farmacia Preferida - \$10 copago.                      -Farmacia Estándar - \$20 copago.</p>	Hasta 6 pastillas por mes.
<b>Beneficio Nutricional / Dietético</b>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la Red:                      (Opción Punto de Servicio) 35% coaseguro.</p>	Un máximo de 4 visitas individuales al año a un nutricionista.



# ELA TITÁN (HMO-POS)



Beneficio Suplementario		
Primas y Beneficios	ELA TITÁN (HMO-POS)	Qué debes saber
<p><b>Medicamentos y artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>\$50 cada 3 meses.</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>Algunas categorías cubiertas son:</p> <p>Analgésicos - no narcóticos, agentes ano-rectales, antidiarreicos, antieméticos, gotas artificiales y lubricantes para los ojos, medicaciones para la alergia, catarro y resfriado, agentes dermatológicos, laxantes, minerales y electrolitos, multi-vitaminas, agentes nasales, nutrientes (Omega 3 o aceite de pescados), agentes óticos, disuasivos para dejar de fumar, productos vaginales, vitaminas, pañales para adultos y almohadillas y el monitor de presión arterial.</p> <p>El monitor de presión arterial está cubierto hasta uno (1) cada 5 años.</p>
<p><b>Silla de Baño</b></p>	<p>Usted no paga nada.</p>	<p>Una silla de baño (1) cada 5 años.</p>



 **TRIPLE-S ADVANTAGE**   
**Multi-language Interpreter Services**

**English:** 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).

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

**Chinese:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520)。

**French:** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520) 번으로 전화해 주십시오.

**Arabic:** بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا :ملحوظة 1-888-620-1919 (والبكم الصم هاتف رقم) 1-866-620-2520.

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520) पर कॉल करें।

**Italian:** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

**Português:** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

**French Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

**Polish:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520)まで、お電話にてご連絡ください。

**Ukrainian:** УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-620-1919 (телетайп: 1-866-620-2520).

**Catalan:** ATENCIÓ: Si parleu Català, teniu disponible un servei d'ajuda lingüística sense cap càrrec. Truqueu al 1-888-620-1919 (TTY o teletip: 1-866-620-2520).

**AVISO INFORMANDO A LOS INDIVIDUOS SOBRE LOS REQUISITOS DE NO DISCRIMEN Y ACCESO Y LA DECLARACION DE NO DISCRIMEN: EL DISCRIMEN ESTÁ EN CONTRA DE LA LEY**

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad. Triple-S Advantage, Inc. no excluye a los individuos o los trata diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o sexo.

Triple-S Advantage, Inc.:

- Provee mecanismos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes en lenguaje de señas cualificados
  - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Provee servicios de traducción gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el español, tales como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, contacte a un Representante de Servicio de Triple S Advantage.

Si usted cree que Triple-S Advantage, Inc. no le ha provisto estos servicios o ha discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad, comuníquese con:

Representante de Servicio

PO Box 11320

San Juan, PR 00922-1320

Teléfono 1-888-620-1919, TTY: 1-866-620-2520

Fax.787-993-3261, correo electrónico: [TSACompliance@sssadvantage.com](mailto:TSACompliance@sssadvantage.com)

Usted puede presentar su querrela en persona, por correo, fax o e-mail. Si necesita ayuda para presentar su querrela, nuestro Representante de Servicio está disponible para ayudarle.

Usted puede presentar su querrela por violación a los derechos civiles con el Departamento de Salud y de Recursos Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de forma electrónica en su portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de querrela están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**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).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電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).